4

NOTICE SUR LES TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Dr ERNEST BESNIER

Médecin de l'hôpital Saint-Louis,
Lauréat de l'Académie de médecine,
Secrétaire général de la Société médicale des hôpitaux de Paris,
Ancien vice-président de la Société médicale d'observation,
Membre titulaire et ancien secrétaire et vice-président de la Société anatomique,
Médaille d'or du Ministère de l'Agriculture et du Commerce pour le service des épidémies,
Chevalier de la Légion d'honneur.

A L'APPUI DE SA CANDIDATURE

A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SECTION D'HYGIÈNE)



PARIS

IMPRIMERIE TYPOGRAPHIQUE FÉLIX MALTESTE ET Cie

22, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 22

1877

TITRES

CONCOURS ET NOMINATIONS

1852. — Élève de l'École pratique. — Externe des hôpitaux.
1854. — Interne des hôpitaux.
1857. — Docteur en médecine.
1858-59— Secrétaire et Vice-Président de la Société médicale d'observation.
1859. — Lauréat de l'Académie de médecine. — Concours du Prix Portal. — Médaille d'or.
1861-62— Secrétaire et Vice-Président de la Société anatomique.
1863. — Médecin du Bureau central des hôpitaux, le premier de la promotion, à l'unanimité.
1864. — Secrétaire des séances ; — 1872, Secrétaire général de la Société médicale des hôpitaux.
1866. — Médecin de Sainte-Périne.
1869. — Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
1870. — Médecin de la Maison municipale de santé.
1871. — Chevalier de la Légion d'honneur (Ministère de la guerre, services rendus pendant le siége de Paris).
1873. — Médecin de l'Hôpital Saint-Louis.
1877. — Médaille d'or décernée par le Ministre de l'agriculture et du commerce, sur la proposition de l'Académie de médecine (service des épidémies de l'année 1875).

ENSEIGNEMENT

Depuis 1863, soit comme suppléant, soit comme chef de service, je n'ai cessé d'exercer les élèves à l'étude de la médecine clinique et de la thérapeutique appliquée.

Depuis 1875, enseignement public et permanent de la dermatologie à l'hôpital Saint-Louis.

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

1854. — *Sur le traitement de la chute du rectum par l'acupuncture ignée.* (*Clinique de Guersant.*)

(*Moniteur des Hôpitaux.*)

1856. — *Cas remarquable de fracture du crâne; — de kélotomie.*

(*Bulletins de la Société anatomique,* 2ᵉ série, t. I, p. 225, 229.)

1857. — *Dégénérescence cancéreuse complète des deux capsules surrénales, n'ayant produit pendant la vie aucune trace de coloration bronzée de la peau. — Observation. — Autopsie. — Réflexions.*

(*Bulletins de la Société anatomique,* 2ᵉ série, t. II, p. 85.)

Fait important observé à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Barth. — Observation et nécroscopie complètes.

Il s'agit d'un homme de 48 ans, alcoolique, anémique au plus haut degré, présentant une décoloration très-prononcée de la peau, de la parésie, puis des douleurs violentes dans les membres inférieurs. Le sang, examiné pendant la vie, présenta, comme caractères microscopiques, la décoloration générale des globules rouges, la déformation d'un certain nombre d'entre eux; il n'y avait pas augmentation du nombre des globules blancs. La mort fut brusque, sans agonie.

A l'autopsie, dégén érescence encéphaloïde des deux capsules surrénales;

cancer duodénal partiel ; quelques noyaux encéphaloïdes à la surface du rein, et à la base du poumon droit.

Dans les réflexions qui suivent cette observation, nous avons insisté particuliérement sur l'absence de coloration noire de la peau, que l'on considérait comme inconciliable avec la lésion des capsules surrénales. Cette coïncidence bien constatée, disions-nous, annule, à elle seule, la deuxiéme conclusion du travail d'Hutchinson, conclusion ainsi formulée : « Il n'existe pas un seul cas dans lequel, l'autopsie ayant révélé une désorganisation compléte des deux capsules surrénales, par suite d'une maladie chronique, on n'ait eu à constater, pendant la vie, la coloration bronzée de la peau. »

Il nous avait paru trés-utile d'insister sur ce fait, car, si la coloration bronzée de la peau conservait toute sa valeur comme indice d'une lésion des capsules, la décoloration même la plus compléte de l'enveloppe cutanée ne devait plus détourner l'attention du médecin, dans un cas où quelque autre signe ferait soupçonner une lésion de ces organes.

1857. — *Perforation de l'estomac produite de dehors en dedans par l'ouverture d'un abcès tuberculeux d'un des ganglions abdominaux.*

(*Bulletins de la Société anatomique*, 2e série, t. II, p. 115.)

Un homme de 57 ans avait succombé à la limite extrême d'une cachexie dont la nature était restée inconnue, malgré l'enquête prolongée faite par un clinicien consommé (M. Barth). — C'est là une de ces lésions dont le diagnostic pendant la vie sera toujours obscur ou irréalisable; elle eût pu échapper à un examen qui n'eût pas été absolument complet. Les faits de ce genre ne doivent pas être ignorés des auteurs qui produisent aujourd'hui des observations d'*anémie progressive* mortelle, sans lésions organiques.

1857. — *Rapport sur un cas de commotion cérébrale, présenté par M. Campana.*

(*Ibidem*, p. 274.)

Dans les cas de commotion cérébrale *terminée fatalement*, la mort ne survient pas inévitablement à trés-bref délai ; si la vie se prolonge pendant douze à vingt-quatre heures, on observe, à l'autopsie, des lésions congestives ou des altérations phlegmasiques commençantes, mais encore insuffisantes pour produire directement la mort. Celle-ci est, en réalité, le résultat de la lésion

moléculaire subie par la masse cérébrale sous l'action de la commotion. C'est là le point, contesté, dont nous avons cherché, dans cette discussion, à maintenir la réalité.

1857. — *Insuffisance aortique. — Souffle aux deux bruits du cœur. — Hypertrophie portant principalement sur le ventricule gauche. — Observation, autopsie et réflexions.*

(*Ibidem*, p. 413.)

L'observation et l'autopsie, recueillies sous la direction et le contrôle de M. Barth, sont importantes au point de vue de la théorie du choc et des bruits normaux ou pathologiques du cœur. En montrant à quel point, dans ce fait, les parois auriculaires étaient minces et incomplètes quant au revêtement musculaire, comparativement au développement considérable de l'appareil musculaire des ventricules, je faisais remarquer qu'il semblait impossible que la contraction de ces oreillettes fût assez énergique pour dilater les ventricules et les projeter en avant. Cependant cette projection avait en réalité lieu, et elle avait maintes fois été constatée pendant la vie.

Dans le même cas, un cri assez rude coïncidait avec le bruit du cœur, et, cependant, aucune lésion valvulaire ne fut constatée qui pût en rendre compte, fait bien propre à montrer que tons ces bruits rudes ne sont pas, *ipso facto*, organiques.

1857. — *Tumeur sanguine du volume d'une tête de fœtus à terme, développée dans le ligament large du côté droit, chez une femme de 28 ans qui n'avait jamais eu d'écoulement menstruel. — Observation. — Autopsie. — Réflexions.*

(*Bulletins de la Société anatomique*, 2e série, t. III, p. 286.)

Observation unique, importante pour la physiologie et la pathologie de la menstruation, utilisée par M. Bernutz pour la constitution de sa 8e classe des lésions produites par la rétention du flux menstruel (hématocèles par imperforation des trompes). Voici l'analyse de cette observation :

Aménorrhée complète jusqu'à 24 ans. A cette époque, douleurs lombaires et abdominales de quelques jours de durée. — Depuis cette époque, manifestation, chaque mois, de douleurs dysménorrhéiques qui durent deux ou trois jours. — Depuis deux ans, développement d'une tumeur occupant la partie inférieure de l'abdomen. — Pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde,

cette tumeur devient douloureuse et détermine une réaction fébrile. — Entrée de la malade à l'hôpital, où nous constatons l'existence d'une tumeur simulant une hématocèle rétro-utérine. — Apparition d'un flux sanguin par la vulve, qui peut être considéré comme la première menstruation. — Ponction de la tumeur (par Huguier). — Mort. — Autopsie : **imperforation des deux trompes.** — Tumeur sanguine considérable formée à gauche par la trompe énormément distendue; à droite par la trompe et le péritoine pelvien.

1857. — *Étude sur le diagnostic et le traitement de l'occlusion de l'intestin dans la cavité de l'abdomen.*

(Thèse inaugurale.)

Ce travail a surtout pour objet l'appropriation, plus exacte et plus étroite que par le passé, des *signes diagnostiques* de l'occlusion intestinale aux *indications du traitement* médical ou chirurgical. On y étudie, avec le plus grand soin, dans ce but :

1° *Les moyens de déterminer la portion d'intestin sur laquelle l'obstacle a son siége;*

2° *Les conditions qui permettent de préciser quel est le point de la paroi abdominale auquel correspond le siége de l'obstacle.*

Ces deux conditions sont essentielles au point de vue du traitement chirurgical : dans le premier cas (entérotomie), pour pratiquer l'incision de l'intestin au point convenable; dans le second (gastrotomie), pour pratiquer l'ouverture de l'abdomen le plus près possible du siége de la lésion.

Ainsi que je l'ai formulé le premier, et que j'en ai fourni la preuve basée sur l'anatomie pathologique et les faits cliniques, le chirurgien, pour être sûr de donner un écoulement aux matières contenues dans l'intestin, doit rechercher, avant de l'inciser, s'il n'est pas possible de déterminer si l'étranglement a lieu sur l'intestin grêle ou sur le gros intestin, et non pas, selon le précepte de Nélaton, ouvrir, sans autre recherche, la première anse intestinale dilatée qui se présente.

Cette règle, qu'on a cherché en vain à contester sous prétexte que la recherche que j'indique n'était pas toujours aisée, est absolue, et, dans la gastro-entérotomie, le chirurgien doit toujours s'efforcer de la mettre en pratique, toutes les fois qu'il y aura lieu de supposer que l'étranglement réside sur le gros intestin, sous peine d'un insuccès complet.

Voici textuellement la formule que j'ai écrite en 1857 : « Pour être sûr de donner un écoulement complet aux matières contenues dans l'intestin, on doit rechercher, pendant l'opération, si l'étranglement a lieu sur l'intestin grêle

ou sur le gros intestin. En voici la preuve : dans le cas, par exemple, où le calibre de l'intestin est effacé au niveau de l'*S* iliaque du côlon, toute la portion située au-dessus de l'obstacle sera dilatée par les matières et par les gaz, le gros intestin aussi bien que l'intestin grêle, et, par suite, l'anse intestinale qui se présentera à la plaie pourra appartenir à l'une ou à l'autre partie. Or que va-t-il arriver, si le chirurgien, rencontrant une anse d'intestin grêle, la fixe à la paroi et l'incise? Les matières contenues dans l'intestin grêle s'écoulent au dehors; mais les gaz et les matières contenus dans le gros intestin resteront emprisonnés entre l'étranglement siégeant à la partie inférieure du gros intestin, d'une part, et la face cæcale de la valvule de Bauhin, de l'autre, valvule qui ne permet pas le reflux vers l'intestin grêle. On verra alors le ventre ne s'affaisser qu'incomplétement, et tous les accidents reparaître bientôt, après un amendement momentané. C'est ce qui est arrivé chez celui des opérés de M. Nélaton qui avait un rétrécissement du gros intestin au niveau du tiers inférieur du côlon descendant. L'intestin grêle se vida; mais, à l'autopsie, on trouva le gros intestin distendu au-dessus du rétrécissement par les gaz et le liquide; il n'y avait pas trace de péritonite. C'est encore ce qui est arrivé chez le malade opéré par M. Robert, et dont je publie l'observation à la fin de cette thèse. L'opération, pratiquée au côté droit, fait tomber l'incision sur une anse d'intestin grêle, située à 25 centimètres au-dessus du cæcum; les matières contenues dans l'intestin grêle s'échappent en grande abondance, et cependant le ventre ne s'affaisse pas et les accidents persistent. A l'autopsie, on constate que l'obstacle existe au niveau de la partie inférieure du côlon descendant; l'intestin grêle, en totalité, est revenu à son volume normal, et disparaît sous la masse énorme du côlon dilaté.

« La constatation de ces faits, et, en leur absence, la considération des dispositions anatomiques de l'intestin, suffiront, à mon avis, pour faire comprendre combien il importe de rechercher, pendant la vie, si l'obstacle a son siége sur le gros ou sur le petit intestin.

« Si l'on ne parvient pas à établir un diagnostic précis, on ne doit faire porter l'incision sur l'intestin grêle qu'après avoir constaté la non-dilatation du gros intestin; dans le cas contraire, on devra rechercher, soit une anse manifestement dilatée du gros intestin, soit le cæcum, et faire porter l'incision sur l'une de ces parties. »

1858. — *Tumeur enkystée de l'abdomen ayant son siége probable dans l'ovaire ou dans la trompe. — Ponction unique. — Issue d'un liquide limpide, absolument incolore. — Injection iodée. — Guérison.*

(*Recueil des Travaux de la Société médicale d'observation de Paris*, t. II, p. 70, 81.)

1859. — *Compte rendu des travaux de la Société médicale d'observation de Paris pour l'année* 1858-1859.

(*Même Recueil*, p. 148, 176.)

1859. — *Des étranglements internes de l'intestin. — Anatomie pathologique. Diagnostic. — Traitement.*

(Mémoire auquel l'Académie impériale de médecine a accordé une médaille d'or. Concours du prix Portal de 1859. Un volume in-8°. Paris, 1860.)

Cet ouvrage, entièrement basé sur l'observation clinique et l'analyse anatomo-pathologique, appuyé sur des statistiques précises, est publié *depuis dix-huit ans;* après l'approbation de l'Académie, il a recueilli celle du public médical, et il n'a pas cessé d'être classique. Les faits qu'il a réunis, les descriptions qu'il contient, les préceptes qu'il formule, sont devenus le point de départ et la base de nombreux travaux nosographiques ou thérapeutiques sur la matière dont les auteurs ont souvent (non toujours) reconnu avec loyauté l'origine et la source.

Dans ce travail, les étranglements internes de l'intestin sont *divisés*, de la manière la plus simple, en *deux grandes classes*, suivant que la cause réside *dans les parois de l'intestin*, ou suivant qu'elle a son siége *en dehors* de ces parois.

La première classe comprend : les étranglements par *invagination*, par *rétrécissement*, par *torsion*, par *flexion* de l'intestin.

La deuxième réunit : 1° Les étranglements par *brides*, dont nous avons établi la distinction essentielle en **brides solides ou pleines** (*celluleuses, pseudo-membraneuses, fibreuses, épiploïques, mésentériques*), et en **brides creuses** (*trompe utérine, appendice cæcal, appendices diverticulaires, anses intestinales*).

2° Les étranglements de l'intestin à travers des *ouvertures anomales ou accidentelles des divers replis péritonéaux* (mésentère, mésocôlons, replis vésicorectaux, etc.), et de la *cloison* diaphragmatique.

3° Les étranglements de l'intestin par *l'anneau d'un ancien sac herniaire* remonté dans la cavité de l'abdomen, et par les *anneaux* des cavités péritonéales anomales situées à l'intérieur de l'abdomen (hernies internes proprement dites).

4° Les étranglements par *compression de l'intestin* (tumeurs intra-abdominales, hypertrophie et déplacement des organes).

PREMIÈRE PARTIE

Le chapitre Ier (pages 1-113) est consacré à l'**invagination**, dont il constitue une monographie complète et originale. L'intussusception intestinale est étudiée et décrite dans tous ses modes anatomo-pathologiques ; la physiologie pathologique en est présentée avec les développements nécessaires, et la symptomatologie et la séméiologie sont déduites directement de la réunion des faits anatomo-pathologiques et cliniques.

Entre autres résultats pratiques importants, nous avons établi :

1° *La valeur diagnostique de la tumeur abdominale*, appréciable à la palpation et à la percussion ;

2° *La rareté des invaginations de l'intestin grêle*, comparativement à celles du gros intestin ;

3° *La valeur du siége de la tumeur* ; si celle-ci a son siége dans la *moitié droite* de l'abdomen ou dans la *partie supérieure* de la moitié gauche, on pourra supposer l'existence d'une invagination de l'intestin grêle ou d'une invagination très-limitée du gros intestin. Si la tumeur réside dans la *fosse iliaque gauche*, que le flanc droit paraisse déprimé ou non, on pourra diagnostiquer, presque à coup sûr, une invagination complexe, considérable, du gros intestin.

Dans le chapitre II, consacré aux **rétrécissements de l'intestin**, il a été établi, avec le plus grand soin, qne : « Dans la presque totalité des cas, depuis un temps variable de quelques mois à de nombreuses années, les malades étaient sujets à des *alternatives de diarrhée et de constipation* ; la constipation donnant lieu à des *coliques* et à des *vomissements* qui constituent *une série de crises se renouvelant un grand nombre de fois avant l'attaque ultime.* »

Dans le chapitre III, nous avons étudié les étranglements qui résultent de **positions ou dispositions vicieuses de l'intestin.** En traitant de ces étranglements, dont la *cause matérielle* peut se dénouer par le seul fait du déplacement des parties *à l'autopsie*, nous avons appelé, avec le plus grand soin, l'attention des **médecins légistes** sur ces faits, car le cas se présente souvent, de savoir si un individu mort rapidement, à la suite d'une affection caractérisée par des vomissements abondants et des coliques au milieu d'une santé parfaite, n'a pas succombé à un *empoisonnement*.

La question des étranglements internes, en général, ajoutions-nous, mérite toute l'attention des médecins légistes : la relation de l'autopsie judiciaire de la demoiselle Hulin, danseuse de l'Opéra, donnée par Rostan dans les Archives, montre quelles conséquences graves pourrait entraîner, en pareille circonstance, l'expérience incomplète du médecin expert.

Le chapitre IV, consacré aux *étranglements par brides* (pages 164-246), présente, dans des conditions précises, la monographie de cette grande variété d'étranglement intestinal. Là, comme en maints autres endroits de notre

travail, nous avons démontré toute la valeur d'un *signe de premier ordre*, très-imparfaitement établi jusqu'alors, à savoir : la *localisation de la douleur, dès le début des accidents*, en un point de l'abdomen qui correspond au siége de l'étranglement.

Dans le chapitre VII, nous avons tracé la première description classique d'une variété importante d'*étranglements de l'intestin dans un sac péritonéal formé à l'intérieur de la cavité abdominale*, et nous avons, entre autres conclusions, formulé la suivante :

« *Dans un cas d'étranglement survenant chez un sujet monorchide, et en l'absence de toute autre cause évidente, on serait en droit de soupçonner que les accidents sont dus à une disposition anomale résultant de la présence du testicule dans la cavité de l'abdomen.* »

La consécration de la valeur pratique du précepte que nous avions formulé, a été fournie plusieurs fois depuis, et sera fournie encore, car la rétention testiculaire constitue une cause d'étranglement interne.

Dans un mémoire remarquable publié, dans les *Archives de médecine* de 1873, par le docteur A. Faucon, sous le titre de : *Sur une variété d'étranglement interne reconnaissant pour cause les hernies internes ou intra-abdominales*, l'auteur veut bien rappeler ce que j'écrivais en 1859, et donne la relation d'un cas observé depuis, et à lui communiqué, d'étranglement interne dont la cause resta tout à fait obscure, bien que le sujet fût *monorchide*. Or, à l'autopsie, voici ce qu'on trouva : l'étranglement intestinal avait son siége dans la *fosse iliaque*, à l'orifice d'un petit cul-de-sac dans lequel était logé le testicule, atrophié, et diminué environ du tiers de son volume normal. La cause des accidents ne fût évidemment pas, dans ce cas, restée tout à fait obscure si l'observateur avait eu connaissance de notre proposition.

DEUXIÈME PARTIE

Le chapitre Ier contient une *étude statistique et clinique sur les vomissements stercoraux*, dont la signification n'est pas la même dans les diverses variétés d'étranglement intestinal.

Le chapitre II : *Diagnostic*, est consacré à l'exposé étendu, et aussi précis que le permet l'état actuel de nos connaissances, des trois points capitaux de la question sous le rapport pratique : 1° *Quelle est la nature de l'obstacle au cours des matières?* 2° *Quel est son siége sur l'intestin?* 3° *Quels sont les rapports que la lésion intestinale affecte avec les parois de l'abdomen?*

TROISIÈME PARTIE

Consacrée à une exposition étendue des ressources de la *thérapeutique* médicale et chirurgicale. Chaque variété est envisagée isolément, et les

moyens d'action à mettre en usage indiqués d'une manière précise. Voici le résumé général des conclusions relatives au **traitement chirurgical** des étranglements internes :

« 1° Il est des cas dans lesquels il est possible de porter un diagnostic assez précis sur la nature et sur le siége de l'étranglement, pour que le chirurgien soit autorisé à pratiquer une incision aux parois de l'abdomen, et à essayer de lever directement l'étranglement.

« 2° Les indications de la *gastrotomie*, telle que nous la comprenons, se présenteront assez rarement dans l'état actuel de la science; mais elles deviendront plus fréquentes lorsque les lésions anatomiques, et surtout les manifestations symptomatiques des étranglements internes seront mieux connues.

« 3° Dans les cas où l'on ne possède aucune notion précise sur le point des parois abdominales qui correspond au siége de l'étranglement, ou lorsque celui-ci n'est pas de nature à être supprimé par la gastrotomie, la gastro-entérotomie reste la seule ressource à appliquer. L'incision doit toujours être pratiquée sur le gros intestin, quand l'étranglement porte sur des points quelconques de cet intestin. Toutes les fois qu'on pratiquera *l'entérotomie* pour un étranglement de l'intestin grêle, l'incision devra être pratiquée de préférence au niveau de la fosse iliaque droite, à moins de contre-indications particulières; car c'est en cette région que seront rencontrées les anses les plus inférieures de l'intestin grêle. Se rappelant, en outre, la fréquence de l'étranglement de l'intestin aux environs de cette même région, le chirurgien devra, avant de pratiquer l'incision de l'intestin, s'assurer par des recherches exercées avec ménagement, mais aussi étendues que le permettront la grandeur de l'incision et la longueur du doigt, s'il ne serait pas possible de reconnaître le point où l'intestin est étranglé, cas dans lequel il serait en droit d'agrandir son incision, et d'agir directement sur l'agent de l'étranglement. »

1861. — *Considérations sur l'exostose sous-unguéale.*

(Bulletins de la Société anatomique, 2e série.)

Étude sur l'étiologie, la genèse et la thérapeutique de cette affection.

1861. — *Compte rendu des travaux de la Société anatomique pour l'année* 1861 (p. 553-614).

Ce travail étendu comprend une étude personnelle sur la pathogénie de l'*hémorrhagie méningée arachnoïdienne.*

1862-1865. — *Sur la dysenterie des pays chauds. — Sur la dilatation des bronches. — Sur l'albuminurie saturnine. — Sur la thrombose et l'embolie cérébrales.*

(*Bulletins de la Société médicale d'Emulation* de Paris, 1862-65.)

1865. — *Sur les concrétions des voies respiratoires.*

(*Bulletins de la Société médicale des hôpitaux* de Paris, t. II, 2e série, p. 19.)

Ce travail est destiné : 1° à déterminer plus exactement que cela n'avait été fait la valeur des mots *calcul* et *concrétion ;* à préciser l'origine et la genèse particulière des uns et des autres ; à indiquer leurs caractères symptomatiques. Voici ses conclusions :

1° Les concrétions de l'appareil respiratoire doivent être divisées en deux classes distinctes : les *concrétions* proprement dites, les *calculs ;*

2° Les calculs peuvent se former de toutes pièces au sein de liquides altérés, soit dans les bronches (*broncholithes*), soit au sein du parenchyme pulmonaire creusé de cavités, tuberculeuses ou non (*pneumolithes*) ;

3° Les concrétions sont le plus souvent *latentes*, alors surtout qu'elles restent enkystées ou enchatonnées dans le parenchyme pulmonaire ; mais elles peuvent donner lieu à des accidents *simulant* la bronchite chronique ou la phthisie pulmonaire, alors qu'elles sont entraînées vers les bronches par un travail d'élimination spontanée, et la guérison peut survenir après cette élimination ;

4° *Les calculs peuvent être une cause* **d'hémoptysie** *quelquefois foudroyante, et il y a lieu d'en tenir compte parmi les conditions pathogéniques de l'hémoptysie considérée en général.*

1865. — *De l'association de la médication irritante et de la médication stupéfiante locales.*

(*Bulletin général de thérapeutique*, t. LXVIII, p. 193.)

1866. — *Article* **Anasarque** *du Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, t. IV, p. 169-187.

Description étendue de l'anasarque envisagée : 1° dans ses caractères

cliniques ; 2° dans ses conditions pathogéniques (anasarques primitives, anasarques secondaires) ; 3° dans son évolution symptomatique : *a* anasarque aiguë fébrile ; *b* anasarque aiguë apyrétique ou rapide ; *c* anasarque lente ou chronique, anasarque torpide.

1866. — *Epidémie cholérique de* 1866. — *Prophylaxie et Thérapeutique.*

(*Bulletin général de thérapeutique*, 1866, t. LXXI, p. 385-433.)

Dans la première partie de ce travail nous nous sommes attaché à vulgariser, en les présentant sous une forme précise et méthodique, les bases de la *prophylaxie générale* et de la *prophylaxie individuelle* des épidémies cholériques, et en montrant que les grandes mesures prophylactiques générales dont l'expérience vraiment scientifique démontre l'importance, ne sont autres que celles qui sont indiquées par les règles générales de l'**hygiène.**

La question de l'**isolement des cholériques** est tout à fait distincte de la question de l'**isolement des sujets atteints de maladies contagieuses proprement dites;** en l'exposant, nous nous sommes attaché à montrer par l'étude clinique que la prophylaxie du choléra ne se confondait pas avec celle de la variole ou de la diphthérie par exemple.

La deuxième partie est consacrée à la thérapeutique.

1867. — *Article* **Ascite** *du Dict. encyclop. des sciences méd.*, t. VI, p. 435-506.

Monographie complète de l'ascite, basée sur des recherches nouvelles de séméiotique, de physiologie pathologique, et de thérapeutique appliquée.

Nous avons adopté, pour l'ascite comme pour l'anasarque, un ordre descriptif qui nous a semblé plus logique et plus régulier que celui qui est d'ordinaire suivi dans l'exposé des états morbides *secondaires* à des affections diverses.

Nous avons présenté, avant toutes choses, les caractères de l'hydropisie péritonéale considérée en elle-même, *caractères cliniques* et *altérations pathologiques ;* puis étudié avec grand soin les conditions pathogéniques ; c'est alors seulement que nous avons précisé les *formes cliniques*, indiqué les *caractères différentiels*, traité des *accidents*, des *complications* et des *modes de terminaison*, et posé les indications pratiques qui ressortent de cette étude au point de vue du *pronostic* et du traitement.

1866-1877. — *Rapports sur les maladies régnantes, faits à la Société médicale des hôpitaux de Paris.*

(*Bulletins et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux* de Paris, 2e série, t. III, IV, V, VI, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII. — Tirage à part par fascicules annuels avec Index, t. I, 1866-1875 ; t. II, 1er fascicule, année 1876.)

Les rapports sur les maladies régnantes embrassent aujourd'hui une période de *douze années*, pendant lesquelles ils ont été produits régulièrement sans aucune interruption et sur un plan uniforme ; lus en séance à la Société médicale des hôpitaux, ils sont publiés immédiatement dans l'*Union médicale* (journal officiel de la Société), insérés dans les Bulletins et Mémoires de la Compagnie, puis tirés à part par fascicules annuels.

Ces rapports sont l'œuvre personnelle du rapporteur, qui les a créés ce qu'ils sont aujourd'hui, grâce au concours de ses collègues, à l'aide bienveillante de l'administration de l'Assistance publique et de l'administration de la Ville ; l'auteur a été en outre encouragé, dans l'exécution de sa tâche laborieuse, par l'intérêt qu'elle a inspiré au Corps médical, intérêt dont la Presse scientifique lui a donné de nombreux témoignages, aussi bien à l'étranger qu'en France ; l'Académie de médecine, en le proposant au ministre de l'agriculture et du commerce pour la *médaille d'or du service des épidémies* pour l'année 1875, lui a donné la plus haute récompense qu'il pouvait ambitionner, et a consacré la notoriété scientifique de son œuvre.

L'étendue considérable de ce travail, la multiplicité et la variété des documents qu'il a réunis au cours des années, ne nous permettent pas d'en donner ici une analyse proprement dite ; nous voulons seulement attirer très-succinctement l'attention bienveillante de l'Académie sur les principes qui nous ont guidé, sur les moyens d'exécution que nous avons employés, et sur l'application que nous avons faite de l'**épidémiologie** à l'**hygiène** proprement dite.

I

L'épidémiographie officielle qui a été organisée pour les départements, et dont les éléments, centralisés à l'Académie de médecine, sont mis en œuvre chaque année par de savants rapporteurs, n'existe en réalité pas pour la capitale ; les rapports sur les maladies régnantes constituent à l'époque actuelle la seule *histoire médicale et statistique des maladies et des épidémies de l'agglomération parisienne ;* on chercherait vainement ailleurs, soit antérieurement, soit présentement, les nombreux documents qui y sont accumulés dans un ordre méthodique, lequel relie, sans cesse, les faits passés aux observations actuelles. Quelque modeste ou imparfaite que puisse être notre œuvre, nous

avons la conscience qu'elle remplit ou au moins qu'elle indique la lacune la plus importante laissée dans l'épidémiographie de ce pays; nous espérons fermement que nos travaux auront démontré la nécessité de combler cette lacune d'une manière plus complète, en instituant sur des bases plus larges et plus élevées un des plus importants services de la médecine publique.

II

La caractéristique principale des rapports sur les maladies régnantes consiste dans l'application *directe* et *immédiate* de l'épidémiographie et de l'épidémiologie à l'**hygiène publique**, par l'adaptation nouvelle des procédés numériques et scientifiques précis, et par la production d'un système de *statistique médicale* dont les larges bases embrassent la totalité des hôpitaux et hospices de Paris, et mettent, d'autre part, en œuvre tous les résultats utilisables de la statistique municipale. Les conditions de l'atmosphère, l'altitude, la composition des eaux, la densité de la population, la richesse ou la misère, la profession, etc., etc., sont toujours indiquées et précisées dans des tableaux comparatifs, et invoquées quand il y a lieu.

De nombreux *tableaux statistiques*, dressés sur un type qui nous est propre, dont la forme, les éléments sont toujours identiques, retracent pour chaque mois, chaque trimestre, chaque année, ou bien à titre comparatif par séries de mois, de trimestres et d'années, la *mortalité absolue* et la *mortalité relative* (nombre de malades, coefficient mortuaire) des diverses affections populaires. Le but de ces nombreuses études numériques est de chercher à mettre un terme à la période conjecturale de l'épidémiologie, et de montrer que l'on peut donner à cette partie de la science des maladies une constitution positive.

En vain quelques médecins méconnaissent encore les services rendus par l'*application des études numériques* à l'épidémiologie, en formulant de vagues accusations sur la valeur absolue de la statistique médicale en général, ou de la statistique en particulier des hôpitaux de Paris. Ces accusations ne sauraient nous atteindre : nous n'avons jamais manqué de tenir compte, dans nos numérations et dans leur interprétation, des causes d'erreur et des imperfections de cette statistique, et personne ne les a signalées avec plus de persévérance que nous; mais nous affirmons hautement que ses éléments suffisent largement à la solution, non pas de tous les problèmes de la clinique, mais de la plupart des grandes questions qu'il importe au premier chef à la médecine publique de résoudre dès aujourd'hui.

En toutes circonstances, nous n'avons demandé à la statistique que ce qu'elle peut donner dans l'état d'imperfection où elle se trouve; nous nous sommes toujours refusé à dépasser la mesure la plus stricte de sa portée exacte, — notamment à la faire servir à l'appréciation de la valeur

comparée des méthodes thérapeutiques, — et nous avons toujours indiqué nous-même avec grand soin la limite dans laquelle devaient être interprétés les chiffres, selon leur valeur propre. Si l'on veut bien nous permettre un exemple entre cent à l'appui de cette proposition, nous citerons le court passage suivant que nous avons écrit en 1873, à l'occasion d'une augmentation importante révélée par la statistique dans la mortalité de la pleurésie.

« Le *nombre* annuel des **pleurésies** traitées dans les hôpitaux », disions-nous, « n'a pas sensiblement varié depuis l'année 1867, et, cependant, il ressort nettement des documents précis que nons avons recueillis depuis cette époque, que la mortalité causée par cette affection a subi une notable augmentation: nous avons pensé d'abord qu'il s'agissait d'une de ces variations dont la raison échappe, mais que l'on observe fréquemment et que l'on oherche à expliquer en disant que l'on a en affaire à nne *série* heureuse on malheureuse, et nous avons simplement constaté les faits sans commentaire; cependant, si l'on examine attentivement le tableau statistique que nous avons donné plus haut de la mortalité des affections thoraciques comparée pendant six années consécutives, on ne peut pas ne pas être frappé de la progression suivante : 1867, 7,89 p. 100; 1868, 11,51 p. 100; 1869, 11,14 p. 100; 1870, 12,02 p. 100; 1872, 13,20 p. 100; 1873, 15,69 p. 100. C'est-à-dire qu'en six années la mortalité de la pleurésie dans les hôpitaux de Paris a doublé.

« Le point délicat dans cette qnestion est la *coïncidence* de ces années mauvaises avec la généralisation d'un mode de traitement que nous avons presque tous plus ou moins adopté, je veux dire la *thoracentèse*. Ce point est de fait, et nous ne le croyons pas discutable, car la pleurésie est, de toutes les affections peut-être, celle qui offre le moins de causes d'erreur de dénombrement dans la statistique des hôpitaux de Paris.

« Il serait facile et séduisant, pour un esprit passionné ou prévenu, de tirer de ces données statistiques, que je déclare itérativement présenter comme inattaquables, cette conclusion que, la mortalité de la pleurésie ayant notablement augmenté depuis le moment où la thoracentèse a été généralisée, c'est à la pratique de cette opération qu'il faut rapporter la léthalité plus grande de la maladie; mais je ne me laisserai pas aller à cette argumentation qui ne pourrait être soutenue réellement qu'à l'aide d'une statistique vraiment médicale qui nous fait défaut pour la pleurésie comme pour les autres maladies. Encore une fois, notre statistique ne fournit que le chiffre brut, et tant que les médecins des hôpitaux ne considéreront pas comme un devoir de faire eux-mêmes cette statistique, la question restera absolument insoluble pour cenx qui ne veulent baser leur opinion que sur des faits positifs.

« Quoi qu'il en soit, d'ailleurs, en ce qui concerne la thoracentèse, j'in-

cline fortement à penser que la pleurésie est devenue réellement, comme l'érysipèle, plus grave dans l'époque actuelle que dans les périodes précédentes; certainement, les cliniciens de la génération de Rostan, Chomel et Louis ne supposaient pas que la mortalité de la pleurésie pût jamais atteindre le chiffre auquel elle est arrivée aujourd'hui.

« Cet accroissement est-il spontané, c'est-à-dire dû à des influences qui nous échappent absolument ou sur lesquelles nous sommes sans action, telles que des modifications survenues dans les conditions climatériques, ou dans les conditions physiologico-pathologiques de la génération actuelle? Peut-on, au contraire, voir dans la voie différente imprimée à la thérapeutique de l'affection la raison du changement survenu? Ce sont là des questions qu'il importe de mettre à l'étude, car elles ont une importance pratique de premier ordre. »

III

Bien que nous ayons assigné à notre tâche une durée de *vingt années* (douze sont déja accomplies), avant de formuler didactiquement les résultats obtenus par ce labeur persévérant, il nous a déjà été donné cependant de préciser un certain nombre de points jusque-là restés inconnus ou obscurs, sur *la marche des épidémies à travers les saisons et les années*, sur *la loi d'évolution de diverses maladies populaires*, telles que la variole, la fièvre typhoïde, sur *les modifications que les années apportent dans le nombre et la gravité des maladies, épidémiques ou non*, modifications souvent supposées, mais toujours contestées, faute de données numériques précises, éléments de jugement négligés par la plupart des thérapeutistes qui, en omettant de tenir compte des variations de la mortalité d'une même affection à différentes époques, n'ont pas su se mettre en garde contre les plus graves erreurs d'interprétation.

Certaines affections, telles que la pleurésie, la pneumonie, le rhumatisme articulaire, la fièvre typhoïde, l'érysipèle, la diphthérie, etc., *présentent-elles aujourd'hui une mortalité différente de celle qui leur appartenait il y a cinquante ans?* Les progrès incontestables réalisés par la thérapeutique et l'élévation du niveau général des connaissances médicales, ont-ils apporté dans les coefficients mortuaires de ces diverses affections, qui constituent le pain quotidien de la médecine pratique, une atténuation qui se puisse démontrer? Nous n'hésitons pas à affirmer que personne jusqu'ici n'a pu fournir sur ces questions autre chose que des assertions vagues, contestables et contestées, et dépourvues de toute preuve scientifique. Or, nos recherches embrassant un grand nombre d'années, ayant une base toujours identique et dirigées selon une règle uniforme, et celles qui seront faites ultérieurement dans la même direction, permettront seules de donner, à ces questions d'une importance capitale, des réponses précises.

Pour la période d'années que nous avons embrassée, nous avons déjà pu établir numériquement la réalité de *constitutions médicales bénignes ou malignes*, c'est-à-dire de périodes pendant lesquelles la mortalité subissait, pour une même affection ou pour plusieurs ensemble, des écarts considérables; d'où nous avons déduit la *nécessité absolue pour l'expérimentation en thérapeutique d'établir, parallèlement à ses observations, la mortalité générale et la mortalité spéciale de la période correspondant à ses expérimentations dans le lieu et sur le théâtre même de ces observations et de ces expériences;* cette règle est aussi impérieuse pour celui qui veut préconiser que pour celui qui veut combattre une médication quelconque.

IV

Abstraction faite de ces fluctuations de la mortalité de certaines affections envisagées dans une courte période d'années, il importe encore de rechercher si la mortalité moyenne, commune, ordinaire, de certaines affections a augmenté ou diminué, *dans une longue série d'années*, et si l'on peut retrouver, par l'atténuation de la mortalité, la trace du bienfait apporté par les révolutions de la thérapeutique.

Si l'on en juge, par exemple, d'après ce que pensaient Chomel et Louis de la mortalité de l'érysipèle ou de la pleurésie, il semble bien positif que ces deux affections sont plus souvent funestes aujourd'hui qu'elles ne l'étaient au moment où observaient ces illustres maîtres. Mais aucun document incontestable ne vient corroborer ni infirmer cette supposition, et si l'on veut dans l'avenir établir scientifiquement un semblable parallèle, les éléments que nous avons réunis permettront de le faire avec une rigueur suffisante pour qu'aucune modification importante survenue dans la mortalité des diverses maladies ne puisse être méconnue.

Nous nous sommes gardé de rien affirmer non plus à l'heure présente, à l'égard du rhumatisme articulaire, de la pneumonie, de la fièvre typhoïde, des fièvres éruptives, etc., si ce n'est la certitude de leur *variabilité* souvent assez étendue sous le rapport de la *mortalité*, selon certaines constitutions saisonnières, médicales ou épidémiques. Mais nous ne considérons pas comme vraisemblable qu'aucune de ces affections ait subi dans son coefficient mortuaire un abaissement assez prononcé pour indiquer la trace de l'influence que l'on pourrait attribuer aux révolutions de l'art de guérir. Cette remarque n'implique en aucune manière une déclaration d'impuissance de la thérapeutique; elle n'est pas davantage de nature à permettre de contester l'utilité des modifications si profondes imposées aux procédés curatifs depuis un quart de siècle; ces modifications peuvent jouer un grand rôle dans le soulagement des malades, la diminution de durée des maladies, l'atténuation de leurs suites, etc., sans aller jusqu'à en modifier profondément la mortalité

proprement dite. Qui voudrait dire que la thérapeutique de la phthisie n'a pas subi de grands progrès, mais qui voudrait affirmer que ces progrès ont modifié sensiblement l'issue définitive de la maladie étudiée absolument?

V

Ces conclusions négatives de l'enquête dont nous jetons les bases, pourraient au premier abord être considérées comme d'ordre purement spéculatif, ou pourvues seulement de quelque intérêt scientifique; mais si nous cherchons à les établir d'après les documents les plus indiscutables, c'est qu'elles ont au premier chef une importance pratique immédiate; elles démontrent surabondamment que, pour lutter de haut et avec une grande énergie contre les **causes capitales de mortalité et de dépopulation,** ce n'est pas essentiellement sur les ressources de l'art de guérir qu'il y a à compter. Pour arriver à de grands résultats, il faut étudier sur des bases nouvelles et plus larges, la *prophylaxie générale* des maladies constitutionnelles et des affections accidentelles; il faut mettre en pratique et réaliser, les *enseignements et les préceptes de l'hygiène générale;* il faut instituer la *médecine publique* jusqu'ici absolument rudimentaire dans ce pays. Pour le typhus, la fièvre typhoïde, la diphthérie, toutes les fièvres éruptives, le choléra, la dysenterie, etc., une organisation puissante de la médecine publique rendrait dès aujourd'hui des services infiniment plus grands que ne le fera jamais la thérapeutique la plus perfectionnée.

VI

Mais si le rôle de l'*hygiène publique* doit être, dans l'avenir, considérable au point de vue de la *prophylaxie des maladies épidémiques,* ce ne peut être qu'à la condition de donner pour base à la prophylaxie une connaissance approfondie des conditions d'étiologie ou de transmission et de diffusibilité de ces maladies. C'est pourquoi nous nous sommes attaché depuis un grand nombre d'années à montrer que ces conditions ne sont encore connues que dans une mesure restreinte, et que les conclusions des médecins hygiénistes doivent encore, dans un grand nombre de cas, être formulées avec la plus grande réserve, et rester exactement graduées sur le degré réel de certitude des notions qu'ils possèdent. La fièvre typhoïde, par exemple, dont on s'est occupé il y a peu, n'est pas encore assez connue dans ses conditions étiogéniques, non plus que dans les circonstances essentielles de sa diffusion ou de sa transmissibilité, pour légitimer absolument les propositions formelles qui ont été émises par divers auteurs. C'est en nous basant sur

l'étude directe des faits, que nous avons formulé les réserves suivantes dans notre dernier rapport sur l'épidémie de fièvre typhoïde de 1876 :

« Les médecins qui sont très-disposés à faire jouer un rôle considérable à la maladie typhoïde comme *cause directe* de typhoïdisme chez les individus qui sont en rapport avec le malade, ses émanations, ses déjections, etc., ne verront pas sans étonnement que les *infirmiers* et *infirmières* atteints de fièvre typhoïde, qui tous (inutile de le faire remarquer) sont connus et ont été traités à l'hôpital, ne figurent que pour 11 sur le total général de 2,315 malades, chiffre égal à celui de la première profession venue, les *doreurs*, par exemple.

« Je fais remarquer également l'absence, sur le tableau, des *élèves en médecine*, qui sont directement aux prises avec l'influence nosocomiale, qui n'habitent pas tous des palais, et sont tous dans l'âge véritable de la maladie. Leur absence dans la statistique des hôpitaux témoigne, en tout cas, qu'ils n'ont pas été frappés en grand nombre, et mes renseignements particuliers semblent établir qu'ils n'ont pas été plus atteints que les sujets qui ne fréquentent pas l'hôpital (1).

« Veut-on des faits plus directs, frappants, incontestables ?

« On verra plus loin, dans la note importante de M. Archambault sur la fièvre typhoïde à l'hôpital des Enfants, que la contagion, et même la transmission individuelle de la maladie, a été absolument nulle, bien que les typhoïdiques amenés du dehors fussent nombreux, occupant souvent plus du tiers des services. Aucun enfant n'a été atteint dans ces mêmes salles où toutes les maladies vraiment contagieuses prolifèrent avec une si déplorable fécondité.

« Cela ne veut pas dire, à mon sens, que la fièvre typhoïde ne se transmet pas d'individu à individu ; cela veut dire qu'elle ne se transmet pas comme la variole ou la rougeole ; qu'elle ne se transmet pas aisément, régulièrement ; qu'elle ne joue elle-même qu'un rôle *relatif* dans la multiplication du mal ; et que les auteurs qui ont traité cette question en termes absolus ont souvent été un peu ardemment en besogne. Dans une maladie dont l'origine réelle est si complexe, et encore si obscure, dont la cause miasmatique extrinsèque est si manifestement probable, et dans laquelle *l'aptitude individuelle* joue un rôle si accentué, il faut être extrêmement réservé sur l'emploi du mot contagion, alors que les sujets atteints sont placés les uns et les autres dans des conditions identiques, et soumis à respirer le même air, à boire les mêmes eaux, à ingérer les mêmes aliments.

(1) Cela ne veut pas dire que les élèves des hôpitaux n'ont pas payé, *comme le reste de la population,* un tribut cruel à l'épidémie ; mais seulement que la fréquentation quotidienne des typhoïdiques n'expose pas à un degré considérable à contracter la maladie typhoïde. M. A. Laveran en a fourni la plus saisissante démonstration en montrant qu'au milieu de l'épidémie actuelle, *aucun* des nombreux élèves du Val-de-Grâce n'avait été atteint.

« Lorsqu'un typhoïdique arrive dans un hameau vierge de la maladie, et que ses déjections sont jetées dans l'unique ruisseau qui sert à la fois souvent d'égout et de fontaine au reste du lieu, on voit souvent les habitations placées en aval être atteintes, tandis que celles qui sont en amont sont respectées; cependant, les gens de la montagne, aussi bien que ceux de la plaine, entrent dans la maison du malade, et sont exposés, les uns comme les autres, à la contagion proprement dite, vraie, c'est-à-dire à la transmission de la maladie directement par le malade. Sauf le ruisseau collecteur, les choses se passent à Paris comme dans ce hameau, avec cette différence que les habitants du premier, étant soumis en permanence à l'influence miasmatique, ont une sorte d'accoutumance, tandis que les habitants du second, qui en est absolument vierge, sont tous aptes à concevoir rapidement le germe importé.

« Au demeurant, ce sont là toutes questions que l'on a tort de vouloir résoudre complètement dès aujourd'hui, et à l'occasion desquelles il n'y a lieu d'introduire aucune révolution dans les idées générales des médecins. Chacun d'eux sait, à merveille, que la maladie *peut* être contagieuse, que les déjections du malade sont une cause *vraisemblable* de transmission aux individus sains ; mais ils savent aussi certainement que l'origine *réelle*, commune, habituelle, de la maladie, pour le plus grand nombre, est beaucoup moins immédiate, et plus obscure, et, maintes fois, absolument inexpliquée, et inexplicable.

« Nous aurons soin de revenir sur ce sujet dont l'intérêt est réel, puisqu'il touche à des questions graves de prophylaxie et d'hygiène publiques et privées ; mais nous pensons que cette étude doit être faite avec maturité, que ses conclusions ne doivent être formulées qu'avec réserve ; si les médecins hygiénistes veulent que leurs arrêts aient force de loi, ils doivent prendre garde de les prononcer avant d'avoir recueilli tous les éléments du jugement. »

En ce qui concerne la **fièvre typhoïde** en particulier, la démonstration que nous avons donnée pour ce pays, ainsi que cela a été établi pour d'autres régions, d'une *évolution saisonnière normale* de la fièvre typhoïde qui ramène, chaque année, à des époques déterminées régulièrement, le paroxysme et l'intermission, est de nature à montrer encore *combien la question étiologique est complexe, et dans quelle mesure doivent toujours rester intimement unies les études d'hygiène publique, et d'épidémiologie positive.*

VII

Dans les affections, au contraire, où l'étude des épidémies démontre le rôle considérable joué dans la diffusion de la maladie par la **contagion,** c'est avec

énergie et avec persistance que doivent être formulées les règles de la prophylaxie publique et privée. Nous ne nous sommes jamais lassé, par exemple, dans nos relations nombreuses d'**épidémies varioliques**, de démontrer la nécessité de *l'isolement des varioleux*, que la Société médicale des hôpitaux de Paris s'honore hautement d'avoir obtenue, après une longue attente. Cet isolement, *bien que très-imparfait encore*, a rendu à la population hospitalière et à la population tout entière un véritable service en extirpant littéralement la variole des salles communes, où on ne la voit plus aujourd'hui.

En ce qui concerne la **diphthérie**, on voudra bien me permettre de rappeler que depuis plus de dix ans je n'ai cessé, en étudiant la *marche* de la maladie à Paris, de signaler sa *progression croissante;* et de démontrer qu'en présence de l'insuffisance trop absolument accusée de la thérapeutique, il fallait absolument soustraire les malheureux enfants de nos hôpitaux à cette cause effroyable de mortalité.

Il n'est pas un de mes rapports où la protestation ne soit renouvelée sous toutes les formes; et j'ai dû, pendant ces dernières années, en présence de l'aggravation persistante de la diphthérie et par suite de l'insuccès non moins persévérant de ces réclamations, revenir sans cesse sur le même sujet et en résumer brièvement les éléments dans un de mes derniers rapports à la Société médicale des hôpitaux, dans les termes suivants :

« Les affections diphthéritiques du pharynx, du larynx et des bronches ont conservé, dans les hôpitaux de l'enfance, une malignité inexorable; leur mortalité s'accroît malgré les progrès généraux de la thérapeutique et la multiplication des soins qui sont prodigués aux enfants. Aucune nouvelle méthode de traitement vraiment efficace ne surgit ou au moins ne se montre, et les malheureux enfants, infectés par le poison diphthéritique vrai, sont marqués d'avance pour une mort presque certaine.

« Aux premiers moments, encore peu éloignés de nous, où la diphthérie prit cette fréquence et cette gravité sans cesse croissantes, on put croire que ce n'était là qu'une phase passagère, une mauvaise période à passer; la notion de la contagiosité de la maladie était, à cette époque, obscurcie par les idées dominantes, ou dénaturée par des expérimentations imparfaites. Aussi ne songeait-on pas à prendre des mesures énergiques de prophylaxie nosocomiale, bien qu'on eût déjà grand soin, dans la pratique civile, d'isoler activement les enfants atteints. Aujourd'hui, Messieurs, en présence de cette horrible mortalité que nous restons à peu près impuissants à combattre; en présenoe de cette contagion que nous déclarons imminente pour tous les enfants qu'on y expose, certaine pour un grand nombre, mortelle pour tous ceux qu'elle frappe dans ces conditions, a-t-on pu du moins, d'après vos avis répétés jusqu'à satiété, soustraire à cet effroyable danger les malheureux petits êtres qui sont apportés dans les salles communes pour des maladies diverses? Non. A Paris, en 1876, on place encore dans les salles

communes des enfants malades, des sujets atteints de diphthérie, affection contagieuse au plus haut degré d'enfant à enfant, et dont la mortalité est de 80 p. 100!

« Cela est déplorable à constater, triste à écrire; mais c'est pour nous tous un devoir, auquel nous nous sommes depuis longtemps attachés, de montrer au grand jour ces faits lamentables jusqu'à ce que nous ayons fait obtenir gain de cause aux malheureux que les nécessités de la vie amènent à l'hôpital; c'est, en outre, pour nous, un droit de dégager de ces faits notre responsabilité d'une manière directe, complète, absolue. »

VIII

Les relations adressées administrativement à l'Académie par les médecins départementaux des épidémies, et mises en œuvre chaque année par la Commission, ont montré l'intérêt de premier ordre que présentent les études épidémiographiques, et fourni à l'épidémiologie les données les plus importantes. Toutefois, ces relations d'épidémies ne sont produites qu'au bout d'un temps souvent assez long et ne sont livrées à la publicité, le plus ordinairement, qu'après plusieurs mois ou plusieurs années; il en résulte que nous ne pouvions pas les utiliser comparativement dans nos comptes rendus extemporanés des maladies régnantes de l'agglomération parisienne. Cependant, cette étude parallèle et contemporaine des maladies régnant au même temps en divers points du territoire, est nécessaire pour déterminer corrélativement ce qui, dans la nature des constitutions médicales ou dans la marche des épidémies, était particulier ou général; aussi avons-nous cherché, depuis longtemps, à la réaliser dans les mesures, restreintes nécessairement, de notre action personnelle. Nous y sommes parvenu à l'aide d'une correspondance persévérante entretenue avec plusieurs médecins éminents et distingués des départements (1). Chacun de nos rapports est suivi d'un appendice consacré à l'exposé de la constitution médicale étudiée en divers points du pays, et donnant un aperçu des maladies qui prédominent dans plusieurs des principales villes de France. En poursuivant ces études épidémiologiques faites simultanément dans un même esprit, sur un même plan, pendant le même temps, sur les points les plus opposés de la France, nous espérons non-seulement réunir de précieux documents pour l'histoire des constitutions médicales, mais encore par ce que nous avons pu réaliser à titre privé, montrer ce qui devrait être fait à titre public, et régulièrement institué sur des bases définitives et suffisamment larges.

(1) MM. Fonteret, Meynet, Mayet, à Lyon; Henri Gintrac, à Bordeaux; Bonnemaison, à Toulouse; Guichard de Choisity, à Marseille; Rames, à Aurillac; Leudet, à Rouen; Lecadre, au Havre; Delouey, Léger et Simon, à Caen.

Un Observatoire médical, pourvu de toutes les ressources nécessaires pour centraliser rapidement et parallèlement les résultats recueillis et enregistrés dans tous les départements, et pour répandre ensuite partout les avis, les enseignements et les instructions nécessaires, rendrait à la science et au pays les services les plus considérables.

IX

Indépendamment des documents relatifs à la statistique médicale et à l'hygiène générale, les rapports sur les maladies régnantes contiennent, disposés dans un ordre méthodique et par séries comparatives, de très-nombreux faits particuliers relatifs à tous les points de la *clinique des maladies populaires*; ils sont riches de communications multipliées, et souvent d'une grande importance, faites par nos collègues des hôpitaux civils ou militaires.

Mais notre tâche ne s'est pas bornée à colliger, à résumer, à coordonner, et à disposer dans un ordre méthodique cette moisson considérable de faits particuliers; d'une part, et à titrerégulier, nous avons étudié, chaque année et en chaque saison, sous le rapport comparé de leur fréquence, de leur gravité, de leurs formes cliniques, de leur traitement, etc., toutes les affections populaires, dans la série des appareils et des organes; mais encore nous avons, dans le plus grand nombre de nos rapports, produit des études personnelles, des descriptions étendues, des documents inédits, sur tous les points qui réclamaient un éclaircissement particulier, ou à propos de toutes les épidémies qui ont prédominé.

X

Nous ne pouvons pas, dans cette Notice, donner une analyse, même succincte, de documents aussi complexes, et nous devons nous borner à indiquer seulement ici, pour chacune des années, quelques-uns des points qui ont été plus particulièrement l'objet de nos recherches personnelles.

1866. Iᵉʳ Fascicule. — Le chapitre le plus important est consacré à l'*épidémie de choléra* de 1866, étudiée depuis son début et jour par jour. L'état sanitaire de la ville, excellent au moment de l'invasion, est précisé avec grand soin; il n'existait, au préalable, rien de ce que l'on a appelé « *une constitution cholérique* ». Le développement de la maladie a été soudain; ses atteintes rapides, foudroyantes; les phénomènes prémonitoires relativement rares; la gravité des cas, violente, jusque dans les derniers jours.

La question de l'*isolement des malades* est étudiée à l'aide d'un grand

nombre de faits et de documents, etc., etc. Enfin, le tableau de la thérapeutique mise en œuvre pendant cette épidémie est donné avec détails.

1867. IIe Fascicule. — La question des *accidents puerpéraux*, *l'hygiène des maternités*, sont à l'ordre du jour. Chacun de nos rapports réunit un grand nombre de faits réunis et groupés de manière à mettre en lumière tous les points obscurs de ce sujet d'un si grand intérêt.

La mortalité de la *phthisie pulmonaire;* ses progrès croissants sont précisés numériquement. La mortalité de la *pneumonie* est également étudiée à part et son étude statistique dans les hôpitaux scrupuleusement discutée.

1868. IIIe Fascicule. — Continuation de l'enquête sur l'état des maternités et des *salles d'accouchement*. Recherches sur la *durée de l'incubation dans les diverses fièvres éruptives*. Démonstration sur le fait de l'*indépendance* des diacrises intestinales saisonnières avec le choléra vrai.

Fixation numérique de l'*influence des saisons* sur la fréquence des diverses maladies. Protestation contre la promiscuité des maladies contagieuses avec les maladies communes dans les hôpitaux de l'enfance, et *réclamation de l'isolement* comme mesure d'urgence. Démonstration de l'*extrême rareté de la scarlatine* à Paris, au moment même où la maladie sévit cruellement à Londres et dans un grand nombre de points de l'Angleterre.

1869. IVe Fascicule. — *Fréquence comparée de la phthisie aiguë généralisée primitive dans la population civile et dans la population militaire.* — *Études sur la statistique générale de la phthisie pulmonaire.* — *Suite des documents relatifs à l'enquête sur la fièvre puerpérale.* — *Clinique de la variole et de la vaccine.* — *Exposé de la décroissance de la fièvre intermittente à Paris, depuis un siècle.* — Les fièvres intermittentes ont toujours fait partie, et font encore partie de l'épidémiologie parisienne; leur nombre, autrefois très-considérable, a toujours diminué et diminue encore graduellement et régulièrement, au fur et à mesure des améliorations de tout genre apportées au régime général de l'agglomération, et à mesure que la *surface du sol est recouverte de constructions* et *imperméabilisée* dans une plus grande étendue. Si les travaux d'assainissement, de construction, d'égouts, etc., en mettant *momentanément* à découvert des terrains fébrigènes, amènent quelques explosions partielles, celles-ci restent toujours *locales* et absolument *transitoires*.

Statistique de la *mortalité absolue* des principales affections régnantes dans les hôpitaux, et de leur *mortalité relative*.

Loi de fréquence de mortalité absolue et relative.

Ordre de fréquence : 1° Phthisie ; 2° bronchites ; 3° affections rhumatismales ; 4° pneumonies ; 5° fièvre typhoïde ; 6° varioles ; 7° pleurésies ; 8° érysipèles ; 9° diarrhées ; 10° angines ; 11° rougeole ; 12° entérites ; 13° ictères ; 14° croup ; 15° grippe ; 16° laryngites ; 17° scarlatines ; 18° dysenterie.

Ordre de mortalité absolue : 1° Phthisie ; 2° pneumonies ; 3° fièvre typhoïde ; 4° bronchites ; 5° croup ; 6° variole ; 7° entérites ; 8° érysipèles ; 9° pleurésies ; 10° rougeole ; 11° diarrhées ; 12° affections rhumatismales ; 13° ictères ; 14° angines ; 15° scarlatine ; 16° coqueluche ; 17° dysenterie ; 18° laryngites.

Ordre de mortalité relative : 1° Croup ; 2° phthisie ; 3° pneumonies ; 4° entérites ; 5° fièvre typhoïde ; 6° rougeole ; 7° scarlatine ; 8° coqueluche ; 9° érysipèles ; 10° dysenterie ; 11° varioles ; 12° ictères ; 13° diarrhées ; 14° pleurésies ; 15° laryngites ; 16° angines ; 17° bronchites ; 18° affections rhumatismales.

1870-1871. Ve FASCICULE. — *Constitution médicale maligne. — Histoire de la grande épidémie de variole de 1869-70. — Lois d'évolution des épidémies varioliques. — Évolution saisonnière ou annuelle; évolution épidémique, ou marche de la variole à travers les années. — Indépendance du choléra vrai et des affections saisonnières cholériformes.*

A. La maladie est étudiée dans le passé et dans le présent; dans les hôpitaux civils et militaires; dans la ville, dans les arrondissements et dans les quartiers, selon l'âge, le sexe, les professions, etc. Les rapports de la variole avec la *vaccine;* toutes les questions relatives aux vaccinations sont soumises à une enquête nouvelle.

Des faits nombreux sont apportés à l'appui.

La *vaccine animale* est étudiée comparativement à la vaccine humaine.

Le développement de la maladie dans les hôpitaux, la question des cas intérieurs sont étudiés avec de grands développements.

Les rapports de l'épidémiologie avec l'**hygiène générale** sont sans cesse étroitement indiqués : « La cause des généralisations épidémiques d'une maladie permanente, écrivions-nous en 1870, nous échappe aussi complétement pour la variole que pour la rougeole, la scarlatine, la fièvre puerpérale, etc. ; la *contagion* seule est aussi impuissante à les produire qu'à les perpétuer dans un même lieu, et elles sont au-dessus de toutes nos *ressources sanitaires.* Il n'en est plus de même alors qu'il s'agit de l'*importation* de la maladie dans un pays, une ville ; de son *extension* dans un établissement public, et notamment dans les agglomérations hospitalières ; là, la *contagion* reprend le premier rôle, et les *mesures sanitaires* deviennent véritablement efficaces.

En traitant de la prophylaxie générale, et des mesures à prendre contre la contagion, nous rappelons que nous avons depuis longtemps réclamé (hélas ! toujours en vain) l'institution de mesures protectrices contre la transmission par les *voitures publiques*, et, en ce qui concerne les hôpitaux, protesté (non moins en vain) contre le transfert au Vésinet et à Vincennes des *convalescents* dans les *voitures communes.*

B. Parmi les traditions médicales les moins contestées se place l'influence exercée par une *épidémie intense* sur les maladies régnantes connues; or,

nous n'hésitons pas à le dire, c'est là une des traditions les plus contestables au moins à titre général et qui prend son origine dans une confusion faite entre les mots *épidémie* et *constitution régnante*. Sous l'influence de certaines conditions inconnues dont on connaît la résultante sous la dénomination de constitution médicale, on voit parfois plusieurs affections diverses revêtir une même physionomie générale, être influencées par la même médication, s'accompagner de complications de même ordre, etc. Mais une affection déterminée, la variole, par exemple, n'exerce aucune influence sur la pathologie commune observée en même temps. A propos de la grande épidémie de variole de 1870, j'ai pu établir cette constatation de la manière la plus précise. « C'est en vain, disais-je à mes collègues, que j'ai cherché, soit dans vos communications, soit dans mes propres observations, soit dans les diverses publications faites sur l'épidémie actuelle, la preuve de l'*influence* qu'exercerait la variole sur les *maladies régnantes*; je ne parle pas du *nombre* de ces maladies que j'ai montré n'être, en aucune façon, diminué par l'épidémie dominante, mais de la *forme* de ces maladies : les scarlatines et les rougeoles n'ont acquis aucune malignité particulière; aucune maladie ne s'est montrée compliquée de quelque symptôme émané de la variole, et nous notons en particulier que, malgré la fréquence des varioles hémorrhagiques, rien ne vient confirmer, pour Paris, les observations faites en 1858-59 dans l'épidémie de Genève, par Marc d'Espine, qui signale la fréquence exceptionnelle des processus hémorrhagiques coïncidant avec cette épidémie. »

Description des caractères symptomatiques généraux.

Démonstration de la non-existence des *varioles sans* variole. Étude thérapeutique étendue.

Étude des épidémies simultanées de variole à Bordeaux, à Rouen et dans d'autres villes.

C. La terminaison brusque de l'épidémie de variole qui sévissait avec une extrême violence depuis le mois de novembre 1869, a donné lieu de la part de quelques auteurs à des tentatives d'explication dénuées de fondement. C'est là, avons-nous écrit, un fait que l'on ne peut interpréter pour deux raisons : la première, c'est que toutes les épidémies paroxystiques, sans exception, ont de ces abaissements subits et quelquefois définitifs sous des influences qui sont absolument inconnues à ceux qui ne veulent pas se payer de mots; 2° que les circonstances extraordinaires de la guerre étrangère et de la guerre civile, jointes aux courants tout à fait incalculables de population qui se sont produits pendant les premiers mois de l'année 1871 (siége et Commune), ne permettent absolument pas de formuler aucune conclusion sur des faits aussi insolites et aussi complexes.

D. Un seul fait est ressorti bien manifeste et démontré surabondamment par l'étude que nous avons poursuivie dans les années suivantes, c'est la

variabilité énorme de la faculté contagieuse d'une même maladie selon les époques, les régions, les localités.

Au mois d'août et de septembre 1871, nous annoncions la conclusion définitive de l'épidémie de variole dans les termes suivants : « L'épidémie de variole est bien définitivement close. Les cas isolés restent **stériles** et ne produisent plus cette *atmosphère contagieuse* que procrée à un si haut degré chaque individu pendant la période épidémique. Chacun peut constater, avec une évidence merveilleuse, au sortir d'une épidémie aussi grave que celle qui vient de finir, l'un des plus grands faits de l'épidémiologie, sur lequel nous ne cessons d'appeler l'attention depuis longtemps déjà. Toutes les maladies épidémiques transmissibles de l'homme malade à l'homme sain sont soumises à cette loi : la *variabilité de la faculté contagieuse* dans des proportions extrêmes, sous l'influence de ces conditions absolument inconnues dans leur nature, mais évidentes dans leurs effets, qui constituent une même maladie, tantôt à l'état épidémique, tantôt à l'état sporadique. Il y a quelques semaines entrait à la Maison municipale de santé, dans mon service, un varioleux gravement atteint; il fut placé dans le premier lit de la série, c'est par lui que la visite était commencée ; je m'abstins de toute précaution spéciale à l'égard des autres malades, et cependant, bien que le varioleux ait séjourné pendant plusieurs semaines dans le service, bien qu'il ait, durant toute sa convalescence, parcouru librement les galeries ou les chambrées de l'établissement, aucune autre personne n'a été atteinte. Ce cas, bien qu'il fût, symptomatologiquement, d'une identité absolue avec les cas les plus graves de la période épidémique, est un type de cas *sporadique;* il est resté absolument *stérile.*

« Il faut se pénétrer de cette notion fondamentale de la *variabilité* du *pouvoir contagieux* d'une même maladie, à différentes époques, dans différents lieux, pour interpréter convenablement un très-grand nombre de faits en épidémiologie. Nous distinguons à ce point de vue trois formes sous le rapport de la contagiosité : une maladie transmissible doit être dite *sporadique*, quand elle existe à l'état isolé et quand son pouvoir contagieux reste à l'*état latent;* lorsque ce pouvoir contagieux est manifeste, mais qu'il reste dans les limites moyennes, sans s'étendre au delà de son cercle immédiat d'action, il constitue le degré moyen, l'état ordinaire, et la maladie peut être dite *commune;* mais lorsque l'atmosphère contagieuse s'étend plus loin, lorsque la faculté de transmission s'élève au point de produire des atteintes multipliées autour de chaque cas isolé, la maladie est franchement *épidémique.* Dans le premier cas, les mesures prophylactiques sont superflues ; dans le second, elles acquièrent une importance très-grande ; dans le troisième, elles deviennent presque toujours impuissantes, à cause de l'extrême diffusibilité des éléments du contage. »

E. Une nouvelle occasion s'étant produite, en 1871, de démontrer **l'indépendance du choléra vrai et des affections cholériformes saisonnières,** il nous a été possible d'en donner la démonstration la plus flagrante. On nous permettra de reproduire ici, à ce sujet, un court extrait de notre compte rendu sur les maladies régnantes des mois d'août et de septembre 1871 :

« En terminant mon dernier Rapport, j'avais constaté que rien ne justifiait les craintes, répandues déjà dans le public, sur une invasion imminente du choléra; cette quiétude, basée sur l'étude positive des faits, n'a pas été absolument propre à tout le monde médical; et l'on a pu voir se reproduire et se répandre de nouveau cette véritable hérésie médicale, à savoir : que le développement considérable des affections intestinales saisonnières indiquait l'imminence d'une constitution cholérique, d'une épidémie de choléra. Cependant, s'il est un fait positif en épidémiologie, c'est bien celui de l'origine exotique des épidémies cholériques et de leur indépendance absolue des affections intestinales communes. Il y a déjà longtemps, en 1866, j'ai saisi l'occasion d'établir de cette vérité un exemple irrécusable, en prenant les choses sur le fait dès les premiers jours de l'invasion épidémique.

« Voici, en effet, ce que je vous disais dans mon Rapport du mois de juillet 1866, en commençant la description de l'épidémie cholérique : « L'état sanitaire de la ville et des hôpitaux, ainsi que nous l'avons indiqué dans les Rapports sur les mois précédents, était généralement très-bon, la constitution médicale d'une bénignité exceptionnelle, et la mortalité générale relativement très-peu considérable. Rien, sauf ce qui se passait en d'autres villes, plus ou moins éloignées, de la France et de l'étranger, ne pouvait faire prévoir une nouvelle invasion de l'épidémie; il y avait bien eu quelques chaleurs assez fortes, quoique nullement excessives, et en tout cas peu prolongées; mais il ressortait bien expressément de toutes les observations faites par vous, durant ces derniers mois, que LES TROUBLES INTESTINAUX ÉTAIENT TRÈS-RARES, et, notamment, qu'IL N'Y AVAIT PAS DE DIARRHÉES. Bien plus, au moment même où l'épidémie éclatait à la fois dans la ville et dans divers établissements publics, l'état sanitaire était excellent la veille encore, et les *malades atteints de diarrhée ne se comptaient pas en plus grand nombre que d'habitude.* »

« Si l'on veut bien, maintenant, se rappeler ce qui s'est passé cette année, où, malgré la présence de la maladie dans d'autres pays d'Europe, malgré une constitution médicale féconde en affections intestinales, le choléra épidémique ne s'est pas déclaré, on y verra aisément le complément parfait de notre observation de 1866, la contre-épreuve exacte, et la démonstration flagrante de la vérité de l'opinion que nous défendons.

« Toutefois, lorsqu'une erreur est aussi profondément accréditée que celle qui consiste à relier le *choléra épidémique* aux affections cholériformes, et qu'elle repose sur des arguments aussi spécieux que ceux de la comparaison

symptomatologique entre ces deux groupes morbides, il est impossible de la détruire rapidement; il faudrait, pour cela, une modification profonde des choses et des idées médicales, et ce ne peut être l'œuvre d'un jour ni d'un homme. Il n'y a donc pas trop lieu de s'étonner si l'opinion opposée à la nôtre compte encore, au moins dans ce pays, des défenseurs passionnés qui n'ont été convaincus ni par l'éloquence persuasive de M. Chauffard, combattant, il y a plusieurs années déjà, à la tribune académique, en faveur de la vérité, ni par l'argumentation si précise de M. Fauvel, dont la haute compétence sur cette question ne saurait être contestée. Si j'ai rappelé les documents déjà anciens recueillis, ici même, dans mes Rapports de 1866, et si je les ai rapprochés des faits actuels qui en augmentent la signification, si cela est possible, ce n'est pas dans l'espoir de les voir mieux appréciés que par le passé, mais pour satisfaire à la demande faite par M. Chauffard dans les documents qu'il nous a fournis, d'enregistrer ici le nouveau démenti que la doctrine de la genèse du choléra sur notre sol, et par constitution médicale, reçoit des faits. « Il faudrait en finir, nous écrit notre savant collègue, avec cette hérésie médicale ; il est à désirer que l'on ne puisse pas accuser la médecine française d'accepter ces doctrines arriérées, aussi contraires à l'observation clinique qu'aux notions générales de la pathologie. » Je le désire ardemment et ne demande pas mieux que d'y contribuer pour ma faible part, mais je n'ose espérer la réalisation prochaine de ce vœu. »

1872. VIe Fascicule. — *Contribution à l'étude de la bénignité et de la malignité des constitutions médicales*, d'après l'étude simultanée faite à Paris et dans plusieurs des principales villes de France. Examen comparé, d'après l'étude des faits directement observés pour cet objet, de l'*épidémicité*, de la *contagion*, de la *sporadicité*.

Exposé des questions relatives à la *progression croissante de la diphthérie* dans les hôpitaux et dans la ville.

1873. VIIe Fascicule. — *Constitution médicale bénigne. — Exposé de la progression mortuaire de la pleurésie. — Conclusion et résumé complet de l'épidémie cholérique de* 1873.

« En 1865, le choléra, importé d'Alexandrie à Marseille vers la fin de juillet, s'étendit aux départements limitrophes, épargna les villes plus éloignées, et notamment Lyon, qui jouit à cet égard d'une immunité persistante, mais atteignit Paris où il éclata en septembre. En 1873, le lieu d'importation de la maladie n'est plus le même, mais les choses se passent d'une façon absolument identique pour Paris, qui est décidément pour notre pays le champ d'activité par excellence du choléra (choléra field); en effet, l'épidémie à laquelle nous venons d'assister a débuté pendant le courant du mois de juillet dans la ville du Havre, où elle a été importée par les paquebots de Ham-

bourg; dès le commencement du mois d'août, elle avait pénétré à Rouen, et avant la fin du même mois elle entrait à Paris, où elle se généralisa assez rapidement, puisque l'explosion épidémique proprement dite s'y produisit pendant les premiers jours de septembre.

« L'invasion du choléra a coïncidé dans la présente épidémie avec une fréquence réelle des affections saisonnières des voies digestives, ce qui n'a pas empêché le choléra de n'atteindre qu'un nombre extrêmement restreint d'habitants, preuve nouvelle à ajouter à celles que nous avons déjà accumulées pour établir l'indépendance des deux ordres pathologiques dont la coïncidence n'est pas constante, comme elle devrait l'être absolument s'il s'agissait d'une unité nosologique.

« De même que dans les épidémies précédentes, la diarrhée a constitué communément le premier phénomène symptomatique de la maladie, mais il serait fastidieux de répéter une fois de plus ce qui ne saurait plus être aujourd'hui contesté, c'est-à-dire que cette diarrhée de début n'est pas constante, et qu'il existe des cas de choléra réellement foudroyants.

« Cette épidémie est la plus brève qui ait été observée à Paris : le choléra avait duré 7 mois en 1832, 8 mois en 1849, 14 mois en 1853-54, 5 mois en 1864, 6 mois en 1866 ; il a à peine duré 3 mois en 1873. Elle a été également, non pas la moins meurtrière, relativement, mais le nombre des cas a été si peu considérable, que le chiffre des décès reste infiniment au-dessous de celui de toutes les épidémies antérieures; il y avait eu, en effet, en 1832, 18,654 décès; 19,184 en 1849; 9,096 en 1853-54; 6,591 en 1865; 5,489 en 1866; 855 décès seulement en 1873.

« Mais, malgré le petit nombre des atteintes, la mortalité a été au moins égale à celle de la plus meurtrière des épidémies précédentes, et elle dépasse 50 p. 100. »

1874. VIIIe Fascicule. — *Suite de l'exposé des faits relatifs à la mortalité de la pleurésie. — Recherches sur le pemphigus aigu, épidémique, des nouveau-nés.*

A. *Pemphigus épidémique.* — « En dehors de la *varicelle commune*, des *érythèmes vésiculeux*, ou *pseudo-varicelles*, liés soit à la dentition, soit à des troubles digestifs, soit à quelques états morbides encore mal définis, en dehors du *pemphigus chronique vulgaire*, en dehors surtout du *pemphigus syphilitique congénital*, et du *pemphigus cachectique* des enfants syphilitiques, il existe encore *une autre* espèce d'affection bulleuse, propre aux nouveau-nés, ne se développant jamais que quelques jours après la naissance, généralement, mais non pas toujours, comme on semble porté à le croire, bénigne, et répondant, plus ou moins exactement, à l'affection très-réelle, bien que contestée, que l'on désigne sous le nom de pemphigus aigu des adultes.

« Le pemphigus aigu des nouveau-nés se caractérise, cliniquement, par

le développement, avec ou sans fièvre, et peu de jours après la naissance, sur des enfants bien portants et vigoureux aussi bien que sur des petits malades, de bulles qui peuvent être solitaires ou très-nombreuses, isolées les unes des autres, précédées, entourées ou s'entourant secondairement de rougeur érythémateuse, pouvant avoir leur siége sur tous les points du tégument cutané, y compris le cuir chevelu, mais ne semblant jamais affecter la paume des mains ni la plante des pieds, non plus que les muqueuses ordinairement. Le volume moyen des bulles est celui d'une moitié de gros pois ou de noisette; leur contenu est transparent, grisâtre ou citrin plus ordinairement; elles évoluent par poussées comme le pemphigus vulgaire ou les varicelles à poussées multiples; l'évolution, la rupture et la dessiccation des bulles sont tout à fait comparables à celles des varicelles intenses ou du *pemphigus levissimus;* exceptionnellement, l'éruption est assez considérable, en elle-même, pour devenir une cause mort; le pronostic général est basé surtout sur l'état de l'enfant, au moment où il est atteint par l'affection. — La durée totale de la maladie peut varier d'un septénaire à trois ou quatre, et peut-être plus. »

B. *Variole.* — Après avoir atteint en 1873, à Paris, dans les hôpitaux et dans la ville, le chiffre le plus bas qu'elle ait jamais atteint, la variole reprend son mouvement ascensionnel. Nous avons, à partir de ce moment, littéralement accumulé les documents statistiques les plus circonstanciés qui serviront à établir définitivement les lois d'évolution de la variole, que nous avons établies dans la mesure que permettent de réaliser les observations antérieures.

C. *Fièvre typhoïde.* — Poursuivant le cours de nos observations sur la marche des épidémies, nous avons essayé d'attirer l'attention du public médical, trop détournée des grandes questions générales, par le développement si actif des études de physiologie appliquée, sur les questions relatives à la fièvre typhoïde, et notamment sur la marche naturelle de la maladie, ses conditions de développement, et sa prophylaxie. « Je suis loin de considérer comme inutiles les tentatives *thérapeutiques* nouvelles, et je ne vois pas grand inconvénient à l'agitation qui s'est produite dans le Corps médical, à l'occasion d'une méthode de traitement, alors même que l'on dépasse le but aussi étrangement que cela a été fait à propos de la méthode de Brandt; mais on ne peut se dissimuler, qu'en définitive, la maladie, une fois déclarée, suit un cours à peu près immuable ; que l'issue, favorable ou funeste, dépend en grande partie de la nature de l'affection tantôt bénigne, moyenne ; tantôt, au contraire, excessive ou maligne ; que le tribut qu'elle prélève annuellement présente des proportions presque mathématiques, tandis que, d'autre part, les mesures d'*hygiène* et de police sanitaire appliquées avec opportunité et énergie, éteignent à l'instant les *foyers* les plus pernicieux,

aussitôt que ceux-ci peuvent être découverts. C'est donc vers la *prophylaxie*, non moins que vers le traitement, que doivent être dirigées les recherches vraiment utiles; il faut poser catégoriquement le problème de l'extinction de la maladie ou au moins de ses foyers accidentels, et les résultats certains qui seront obtenus dans cette voie auront une importance bien supérieure à celle des conquêtes si lentes et si discutables de la thérapeutique proprement dite. Si la mortalité de la fièvre typhoïde a diminué réellement depuis un quart de siècle, par exemple, cela est dû bien plutôt aux progrès de l'hygiène générale et individuelle, et surtout aux modifications apportées dans la DIÉTÉTIQUE de la maladie, que dans l'emploi de telle ou telle médication proprement dite.

« Pour marcher dans cette voie avec sûreté et précision, il est nécessaire de déterminer aussi exactement que possible, et il est utile surtout de vulgariser les notions élémentaires d'épidémiologie qui se rattachent aux variations que subit la maladie suivant les années ou les saisons, et dont la série constitue la *marche naturelle* des épidémies typhoïdes ; et de rappeler ce que l'on doit penser au sujet des conditions d'origine et de transmission de la maladie. Ces données préliminaires sont indispensables pour fixer nettement les idées de chacun sur la direction qui doit être imprimée aux observations et aux recherches, et nous nous attacherons à fournir successivement, dans nos publications, les bases élémentaires de cette étude qui réclame le concours de tous.

« Le tableau suivant, dans lequel j'ai dressé comparativement le *mouvement*, le *chiffre des décès*, la *proportion centésimale*, les *totaux annuels et mensuels* de la fièvre typhoïde dans les hôpitaux civils de Paris, pendant les années 1867, 68, 69, 72, 73, 74, montre dans quelles proportions étendues peuvent varier, d'une année à l'autre, le *nombre des malades* (1,691 en 1868 et 1,080 en 1874) et les écarts de la *mortalité* (19 à 25 p. 100); il établit surtout d'une manière saisissante la *courbe normale* et *invariable* de l'*influence saisonnière ;* la fièvre typhoïde atteint le point le plus déclive de sa trajectoire annuelle au *printemps*, s'élève lentement pendant l'été, subit une ascension brusque et considérable en automne, et décline lentement pendant l'hiver. Cette marche est constante, invariable ; les exceptions qu'elle présente sont toujours locales, partielles, en rapport avec le développement de foyers typhogéniques accidentels, et il est toujours possible, étant donnée la précision de la marche que nous indiquons, de démêler l'influence épidémique permanente (saisonnière) de l'influence épidémique accidentelle (épidémie proprement dite), dépendant d'un foyer tellurique ou d'une importation, etc.

« Le tableau suivant, dans lequel j'ai réuni des éléments statistiques propres à rendre évidente l'influence des saisons sur différentes pyrexies, *typhus fever*, *relapsing fever*, fièvre typhoïde, montre, d'une part, que ce paroxysme estivo-automnal appartient en propre à la fièvre typhoïde, et,

d'autre part, qu'il lui est lié indissolublement, quelle que soit la région dans laquelle on observe, Londres, Paris, Lyon, États-Unis d'Amérique, etc. Il restera donc bien établi que, *dans toutes les régions où la fièvre typhoïde est endémique, la maladie subit, dans la période estivo-automnale, une exacerbation considérable et constante* qui ne permet pas de méconnaitre l'intensité de l'influence saisonnière, et qui nous sera d'un grand secours alors que nous aurons à montrer la genèse de la maladie, non pas dans l'existence d'un prétendu germe épidémique insaisissable et inaccessible à nos moyens d'action, mais bien dans ces causes matérielles contre lesquelles la science moderne n'est en aucune façon désarmée. »

1875. IXe Fascicule. — Ce neuvième fascicule clôt une série consécutive de dix années; les statistiques sur lesquelles sont établies nos recherches, ont acquis une base étendue, et nous pouvons maintenant pour chaque mois, chaque saison, chaque année, comparer avec précision chaque affection, chaque épidémie, à des épidémies antérieures observées dans des conditions tout à fait analogues.

Variole. — La réapparition de la variole, à l'état d'épidémie, est établie par nous, à son heure précise, c'est-à-dire au moment où l'on voit les cas disséminés redevenir féconds, le germe variolique fructifier d'une manière manifeste, et donner lieu à des atteintes et à des foyer secondaires. Quand cela a été constaté, le moment des mesures de prophylaxie publique est venu.

« Je ne prétends pas (on voudra bien me permettre de le rappeler en citant mes propres paroles : Rapport de janvier 1875), qu'on veuille bien le remarquer, que les mesures de prophylaxie dont on dispose puissent avoir quelque action sur la fécondité intrinsèque des germes varioliques qui donne lieu aux manifestations disséminées que l'on observe dans une agglomération aussi considérable que l'agglomération parisienne, sans cesse augmentée ou modifiée par le courant humain qui afflue au milieu d'elle. Il y a là une question sur laquelle je ne puis réunir de documents précis, en l'absence de toute organisation administrative permettant d'être renseigné sur la généalogie des cas particuliers de variole, et sur laquelle il est impossible de s'arrêter pour le moment ; mais, quelle que soit l'origine de ces cas premiers, le point capital et *pratique* sur lequet j'insiste, c'est qu'il est toujours possible de diminuer considérablement le nombre des atteintes secondaires, et d'en atténuer la gravité individuelle en revaccinent *sérieusement* une population, en ISOLANT les varioleux dans toute la mesure que permettent les circonstances particulières, et surtout en se mettant à l'abri des *convalescents*, véritables *contages ambulants* qui, nous le répétons depuis bien des années, constituent la cause la plus positive de la dissémination à distance des épidémies varioliques. Quant à ce qui concerne les hôpitaux

(pépinière des maladies contagieuses dans l'état actuel de leur organisation), toutes les mesures convenables peuvent être prises avec une grande sûreté et une grande précision, le jour où on le voudra; et il faut espérer que ce jour viendra. »

La marche de la variole est étudiée, non-seulement dans les hôpitaux, mais encore dans la ville, dans chaque arrondissement où nous signalons sans relâche la formation des **foyers**.

On trouvera dans ce fascicule le mouvement du service d'isolement des varioleux dès leur installation, et l'indication des résultats entièrement favorables à tous égards obtenus par cette mesure.

1876. Tome II. — Ier Fascicule.

Ce fascicule commence une 2e série qui doit comprendre, comme la précédente, une période de dix années; les résultats obtenus par l'observation patiente des années précédentes se dégagent avec plus de clarté, de précision et de certitude. Les tableaux statistiques de tout ordre ont acquis une forme simplifiée et définitive qui rend les études comparatives extrêmement aisées; nous avons atteint, par un labeur persévérant, la limite de ce que nous pouvons produire à titre individuel. Assurément il pourrait être fait plus et mieux, mais il faudrait pour cela deux circonstances dont l'accomplissement ne semble pas prochain : 1° qu'un travail de ce genre fût institué sur des bases officielles, et que ses auteurs fussent pourvus de tout ce qui serait matériellement et moralement nécessaire à son exécution ; 2° qu'il fût fait une réforme radicale et complète de la statistique médicale des hôpitaux, corrélativement avec celle qui se prépare pour l'ensemble de la ville.

Pendant cette année, tous nos efforts ont été dirigés sur la prophylaxie des maladies contagieuses, et nous n'avons cessé de réclamer, en nous appuyant sur la production de faits trop authentiquement lamentables, pour l'*isolement* appliqué comme mesure régulière et générale à toutes les maladies contagieuses admises dans tous les établissements hospitaliers.

Les rapports des 3e et 4e trimestres contiennent l'histoire et l'étude faites, avec de grands développements, de l'ÉPIDÉMIE TYPHOÏDE DE L'ANNÉE 1876. La publication de ces travaux est si récente, la publicité qui leur a été accordée si étendue, que je ne crois pas devoir en reproduire ici l'analyse, à laquelle d'ailleurs, aussi restreinte qu'on la puisse supposer, dépasserait tout à fait les limites de cette notice.

Ce que je veux rappeler seulement, c'est que j'ai étudié cette épidémie *médicalement*, c'est-à-dire en cherchant avec soin dans toutes les conditions intrinsèques ou extrinsèques de la maladie, des éléments qui puissent servir à la conception de sa nature et, par suite, à l'institution de la prophylaxie.

Cela est d'autant plus nécessaire, que quelques hygiénistes éminents, quelques médecins du plus haut mérite, ont semblé admettre que la fièvre

typhoïde avait un « *germe* » unique, spécifique, individualisé, et qu'on pouvait le trouver dans une telle condition déterminée : état du sol, action des matières fécales, etc.

La question n'est malheureusement pas aussi simple, et c'est pour donner sur ce sujet le témoignage précis de mon sentiment, que j'ai écrit, à la première page de mes *Recherches sur l'épidémie de* 1876, ce qui suit :

« Les conditions dans lesquelles naît, persiste, se régénère le germe putride de la fièvre typhoïde sont extrêmement nombreuses, variées, complexes et obscures; l'occasion échéant, il n'est pas inutile d'apporter quelque contribution à leur étude, bien imparfaite encore.

« La découverte, la démonstration et l'interprétation de ces conditions typhogéniques, quelquefois très-aisées dans de petites localités, sur des terrains uniformes, dans des lieux isolés, dans des agglomérats restreints, tels qu'un couvent, un hameau, une ferme, une prison, une caserne, un camp, une armée, sont toujours d'une extrême difficulté dans un complexus aussi ouvert, ausi vaste, aussi varié à tous les points de vue, que la grande agglomération parisienne.

« Je sais cela aussi bien que chacun, mais ce n'est pas une raison parce qu'une question se présente complexe et hérissée de difficultés pour en abandonner l'étude, sous le prétexte que les résultats de cette étude n'apparaissent pas, d'emblée, nets, précis, indiscutables. Je pense, au contraire, que les médecins ont le plus grand tort de négliger ce côté capital dans l'observation des maladies zymotiques, et si le travail que je poursuis sur ces questions arides pouvait contribuer à ramener sur elles l'attention, trop détournée, des médecins de ce pays, je ne considérerais comme perdus ni mon temps ni ma peine. »

Ainsi que je l'avais dit, je ne pourrais, sans abuser, donner ici l'analyse de ces recherches très-étendues et remplies de chiffres. Voici seulement le sommaire des chapitres :

Première partie. Calcul de la mortalité absolue et relative de la fièvre typhoïde à Paris; — Développement du paroxysme épidémique selon la loi normale et contraire à celle du typhus et de la fièvre à rechutes; — Conditions de l'atmosphère; — Marche comparée de la maladie en province; — Étude comparative de la fièvre typhoïde dans les divers arrondissements de Paris; — Répartition des épidémies nouvelles, des paroxysmes; influence de l'altitude, de la population, absolue ou spécifique, de la richesse ou de l'indigence.

Deuxième partie. Evolution de l'épidémie; influence saisonnière; statistique de la ville et des hôpitaux; — Aperçu sur la fièvre typhoïde en Europe pendant le deuxième semestre de 1876; — Sexe; âge; acclimatement; — Professions; — Contagiosité; — Transmissibilité; — Étude comparée

de la fièvre typhoïde dans les divers arrondissements et quartiers ; — Influence de l'altitude, de la situation, de la densité de la population ; des eaux potables.

1867. — *Sur l'emploi de l'iodoforme.*

(*Bull. gén. de thérap.*, t. LXXIII, p. 351.)

L'iodoforme, dont M. Bouchardat avait, dès 1843, signalé aux médecins l'importance thérapeutique, et dont Righini a, le premier, bien utilisé les propriétés principales en l'appliquant, *sous forme pulvérulente*, dans les plaies atoniques, était étudié avec grand soin, depuis plusieurs années, par M. Lailler, soit à l'hôpital de Lourcine, soit à l'hôpital Saint-Louis. Après avoir recueilli, en 1866, les indications verbales que mon savant collègue voulut bien me fournir, j'employai l'iodoforme sur une échelle plus large, et, à la fin de 1867, j'insérai, dans le *Bulletin général de thérapeutique*, une note dans laquelle furent formulées et *publiées, pour la première fois*, les indications véritables et le mode d'application de l'iodoforme en poudre. Les nombreux travaux publiés ultérieurement n'ont fait que développer et confirmer les résultats que j'avais annoncés, — bien que beaucoup d'auteurs, surtout en France, aient négligé de remonter aux sources et d'indiquer exactement ma part légitime.

1868. — *Article* **Voies biliaires** (*Pathologie des*).

(*Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, t. IX, p. 315-433.)

Ce travail, que j'ai eu l'honneur d'écrire en collaboration avec M. Barth, contient un exposé étendu, complet pour l'époque à laquelle il a été écrit, de la pathologie des voies biliaires, et basé sur un grand nombre de faits anatomo-pathologiques et de recherches cliniques et bibliographiques.

1872. — *Article* **Matité.**

(*Dict. encyclopédique des sciences méd.*, 2e série, t. V, p. 212-227.)

Cet article n'est ni une compilation ni un simple résumé de l'état actuel de la question; c'est un travail personnel et une étude de la matité conforme aux principes de l'acoustique; en outre, nous avons eu soin, en rétablissant

le sens des textes, de montrer que Avenbrugger avait exprimé très-clairement la notion de la *tonalité* des bruits de percussion, notion qui eût été depuis longtemps acquise si les traducteurs et les commentateurs n'avaient pas inexactement compris et mal interprété le texte original.

1873. — *Articles* **Mésentère** *(Anatomie et pathologie);* — **Mésentériques** *(ganglions).* — *Anatomie et pathologie.*

(*Dict. encyclopédique des sciences méd.*, 2e série, t. VII, p. 121-138.)

1873. — *Article* **Miliaire.**

(*Dict. encyclopédique des sciences méd.*, 2e série, t. VII, p. 663-675, reproduit dans les *Annales de dermatologie*, t. V, p. 24.)

La dénomination de **miliaire** correspond à une *éruption* vésiculeuse du tégument externe, superficielle, éphémère, commune à plusieurs *maladies;* mais ne constituant jamais à elle seule un état pathologique individualisé; c'est toujours une *affection secondaire*, commune à divers états morbides, reliée à diverses médications internes ou externes, ou bien à certaines conditions de pays, de climat, de température. Une étude nouvelle des questions qui se rattachent à cette éruption, aux points de vue historique, histologique, nosographique et nosologique était nécessaire; nous l'avons faite avec tous les développements qu'elle comporte.

1873. — *Contribution à l'étude de l'expectoration albumineuse survenant à la suite de la thoracentèse.*

(*Mémoires de la Société méd. des hôpitaux*, 2e série, t. X, p. 51.)

Travail destiné surtout à rétablir quelques points de l'historique de la question qui n'avaient pas été suffisamment mis en lumière, et à rectifier quelques erreurs. J'ai rappelé, dans cette communication, que la première observation dans laquelle l'*albumine* avait été constatée par la chaleur et l'acide nitrique, dans l'expectoration consécutive à la thoracentèse, m'appartenait. Cette constatation a été faite par moi chez un malade que j'avais opéré, en 1863, à l'Hôtel-Dieu, dans le service de Monneret, que je remplaçais temporairement. L'observation a été insérée, en 1864, dans une thèse de la Faculté, et repro-

duite dans la dissertation de M. Terrillon (obs. VII et XVIII, considérées comme deux faits différents, mais qui ne sont, en réalité, qu'une seule et même observation).

1874. — *Contribution à l'étude des épidémies cholériques*, 1866-1873.

(Notes lues à la Société médicale des hôpitaux pendant les mois de septembre, octobre, novembre et décembre 1873.)

Nous nous sommes attaché, dans ces notes, à tenir le journal authentique de l'épidémie cholérique parisienne de 1873, à en signaler le début, à en suivre les phases, à en annoncer le déclin, à en établir la terminaison. Chaque semaine, nous avons pu publier le bulletin authentique de l'état actuel de l'épidémie étudiée dans les hôpitaux civils et militaires, dans les prisons, dans les hospices, et observée au point de vue de l'hygiène publique dans les vingt arrondissements. Ces notes, qui contiennent toutes les données statistiques nécessaires, sur le mouvement des hôpitaux, le rapport des cas intérieurs et extérieurs, la mortalité absolue et relative, etc., renferment en outre un grand nombre de documents annexes, émanés de mes collègues des hôpitaux civils et militaires, et relatifs à la nosologie et à la nosographie du choléra.

Le travail, dans son ensemble, est précédé de considérations destinées à combattre l'opinion que se font un grand nombre de médecins sur les *rapports du choléra avec les affections intestinales saisonnières ;* à établir que la diarrhée dite « *prémonitoire* » doit être appelée diarrhée *prodromique* si elle est réellement la manifestation de l'intoxication cholérique. Faute d'être guidé par une notion précise sur ce point, on en est venu à supposer qu'en temps d'épidémie cholérique il n'y avait plus qu'une seule espèce de diarrhée, la diarrhée prémonitoire, et à croire que tous les cas de diarrhée traités et guéris étaient des cas de choléra « jugulés. » Cette erreur d'interprétation médicale a donné lieu, chez un grand nombre de médecins, à des illusions thérapeutiques multipliées, et à une opinion malheureusement non justifiée sur le degré de puissance de la thérapeutique à l'égard du choléra vrai ; c'est d'elle qu'émanent ces innombrables formules thérapeutiques qui réussissent constamment entre les mains de leur auteur.

Il n'est pas un médecin qui, en temps d'épidémie cholérique, ne soigne avec sollicitude les sujets atteints de diarrhée, et les praticiens n'ont besoin d'aucun avis ni d'aucune exhortation à cet égard. Mais, disions-nous d'autre part, en terminant ces considérations préliminaires : « Est-il vrai que l'emploi des moyens thérapeutiques administrés d'une manière prompte, judicieuse et opportune, réussisse, dans un grand nombre de cas, à mettre obstacle au

cours de l'affection cholérique? C'est là une question sur laquelle nous avons scrupule de nous prononcer. Nous devons dire, cependant, que l'observation et l'analogie ne nous permettent pas de croire à cette infaillibilité de la thérapeutique au début d'une intoxication cholérique, et surtout alors que l'*attaque* se manifeste déjà; nous croyons fermement qu'on peut, dans une certaine mesure, conjurer une attaque cholérique imminente; mais nous craignons bien que les sujets *réellement cholérisés*, même dans les premières heures, ne soient sauvés par les moyens dont nous disposons actuellement que dans une très-faible proportion; et il faut avouer que s'il en était autrement nous serions, nous autres médecins des hôpitaux, bien négligents, bien peu habiles thérapeutistes, ou bien malheureux, car, quoique nous ayons nos malades absolument sous la main, nous ne sommes jamais parvenus à supprimer les cas intérieurs, malgré le soin avec lequel nous traitons les diarrhées DÈS LEUR DÉBUT, ni à atténuer l'effrayante mortalité qui s'attache à ces cas en particulier, malgré la *promptitude* avec laquelle les moyens appropriés sont mis en œuvre. »

1874. — *Sur la ponction ombilicale dans l'Ascite.*

(*Bulletin général de thérapeutique*, t. LXXXVI.)

1874. — *Article* **Rate** (*Pathologie de la*).

(*Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, 3e série, t. II, p. 438-568.)

Nous nous sommes efforcé, dans cette monographie très-étendue et très-complexe, de donner un tableau complet de la pathologie de la rate.

La *première partie* est consacrée à l'*anatomie et à la physiologie pathologiques générales*; à la *séméiotique* et à la *thérapeutique générales*. La physiologie pathologique des splénopathies, dont on chercherait en vain un exposé d'ensemble, a été poursuivie par nous dans toutes ses applications à la nosologie et à la médecine pratique : rapports des altérations physiques ou fonctionnelles de la rate avec les *altérations du sang*, les *hémorrhagies*, les *hydropisies*; rôle des *actions nerveuses* émanées du centre (spécialement de la moelle allongée), ou de la périphérie ; rapport des altérations de la rate avec l'*intermittence fébrile*; la *mort subite;* diverses *altérations mentales*, etc. Rapports qui unissent diverses altérations de la rate aux *troubles physiques ou fonctionnels d'autres organes;* affections du *foie*, des *reins*, de l'*estomac* et de l'*intestin*.

La séméiotique générale des splénopathies a été présentée dans son

ensemble : percussion, palpation, auscultation ; la *douleur splénique*, incomplètement étudiée en clinique, a été l'objet d'un exposé détaillé. Il en a été de même du volume et du poids de l'organe dans l'état pathologique, de ses déplacements et de ses migrations, etc.

La *deuxième partie*, comprenant la pathologie spéciale de la rate, se compose d'une série de monographies consacrées à chacune des altérations de la rate, basées sur un grand nombre de faits et d'observations réunis en tableaux analytiques. Voici un sommaire très-succinct de chacun des chapitres, que nous avons placé au commencement de notre travail, pour servir au lecteur de guide et de répertoire, et que nous demandons la permission de reproduire ici pour donner un aperçu de l'étendue et de la complexité de la tâche que nous avons remplie.

I. Les *congestions* pathologiques sont fréquentes dans un organe *érectile* prédisposé à ce processus morbide par ses conditions anatomo-physiologiques mêmes, qui le font impressionnable à toutes les *adultérations du liquide sanguin*, et qui le rendent tributaire de toutes les *perversions nerveuses* du système abdominal. Tantôt *mécaniques*, tantôt *dynamiques*, ces hypérémies de la rate peuvent être *simples* ou *spécifiques*, *éphémères* ou *permanentes ;* on les trouve au *début*, et on les rencontre dans le cours de la plupart des altérations de l'organe dont elles constituent le *premier stade* ou l'un des *éléments*, circonstance trop peu nettement perçue par la plupart des auteurs qui conservent, à tort, le nom de congestions à des lésions devenues d'un ordre plus élevé, ayant *dépassé* le stade hypérémique simple (*voy.* chap. I, *Des congestions de la rate*, p. 465.)

II. C'est seulement *en apparence* avec raison que l'on a pu accréditer cette opinion que la rate était réfractaire à l'*inflammation ;* cet organe ne diffère à cet égard des autres viscères que dans la mesure exacte de ses conditions anatomo-physiologiques propres, et tous les éléments qui entrent dans sa composition sont, à l'égal de ceux de tous les tissus, justiciables des processus irritatifs. La rate, qui n'est pas un organe essentiel à la vie, qui n'est pas, comme le poumon par exemple, en conflit avec l'air extérieur, ou, comme le foie et les reins, pourvue de conduits d'excrétion, n'a pas une existence organique aussi *individuelle*, et ne peut au même titre que ceux-là présenter des phénomènes phlegmasiques *primitifs ;* mais elle ne les subit pas moins fréquents, quoique *secondaires*, et elle ne les produit pas, bien que souvent *frustes*, moins conformes, en réalité, au plan général de l'inflammation considérée dans les parenchymes. L'erreur d'interprétation que nous signalons est si générale que nous avons dû la poursuivre avec insistance dans l'étude de chacune des splénopathies en particulier ; et notamment dans le chapitre II, *Phlegmasies de la rate*, p. 471.

III. La *diminution de consistance* est au nombre des altérations les plus

fréquentes que présente le parenchyme splénique ; son mécanisme est cependant mal connu, l'interprétation que l'on en fait le plus ordinairement n'est pas justifiée ; très-fréquemment causée ou accrue par la décomposition cadavérique, elle n'est jamais qu'une forme d'altération *élémentaire* qui n'a rien de spécifique, et elle cessera de servir à dénommer un *genre* de splénopathie quand l'histologie pathologique de l'organe sera suffisamment établie. (*Voy*. p. 486. ***Du ramollissement de la rate.***)

IV. De même que la splénomalacie, la *sclérose* de la rate constitue une lésion importante, mais qui ne doit servir de dénomination générique qu'à une forme anatomo-pathologique et non à un genre morbide, à moins que ses espèces ne soient accompagnées d'un qualificatif qui serve à en préciser la nature. Les diverses espèces de sclérose se rattachent en effet à des genres pathologiques divers : les splénites chroniques, la dégénérescence amyloïde, diverses néoplasies, etc. (*Voy*. chap. IV, *Induration* et *Cirrhose de la rate*, p. 490.)

V. La *gangrène* est une altération aussi peu propre à la rate qu'au foie, au cerveau, ou au corps thyroïde ; on ne l'y rencontre guère qu'à titre secondaire, alors qu'il existe quelque foyer gangréneux pulmonaire primitif ou deutéropathique ayant pu donner lieu à des embolies de même nature. Nous avons réuni plus loin (*voy*. chap. V, *Gangrène de la rate*, p. 491) les éléments nécessaires pour préciser les données de cette question.

VI. Nous réservons la dénomination d'*hypertrophies* de la rate, non pas aux augmentations de *volume* de l'organe, considérées en général, que nous avons réunies sous le nom commun d'hypersplénies, mais aux excès de volume et de masse essentiellement produits par l'*hypergénèse* des éléments normaux de l'organe, multiplication et augmentation de volume, réservant le mot d'*hypéradénies* pour celles de ces hypertrophies dans lesquelles l'élément glandulaire est essentiellement le siége de l'hyperplasie, et peut être atteint simultanément avec d'autres ganglions lymphatiques et même d'autres organes (*voy*. chap. VI, *Hypertrophies et hypéradénies de la rate*, p. 493). *Atrophies* (*voy*. chap. VII, p. 496).

VII. La *stéatose*, si commune dans le foie, fait défaut dans la rate, mais l'*altération amyloïde*, lésion de la période cachectique de divers états diathésiques : syphilis, tuberculose, etc., etc., isolée ou coexistant avec d'autres lésions analogues de divers viscères, constitue une des espèces de splénopathie les moins rares, et les plus intéressantes à étudier par ses caractères anatomiques si remarquables, sa marche fatalement progressive, la variété des affections de la rate auxquelles elle s'associe (*voy*. chap. VIII, *Altération amyloïde de la rate*, p. 497).

VIII. Les *altérations pigmentaires* de la rate, ont été étudiées à propos de chaque splénopathie en particulier, parce que cette affection n'a pas d'existence nosologique propre, et que le rôle qu'elle joue dans les *mélanémies*

n'est pas encore définitivement fixé. (*Voy.* chap. IX, *Altérations pigmentaires de la rate*, p. 498.)

IX. L'*embolie et la thrombose spléniques*, les *infarctus de la rate*, les *lésions des troncs vasculaires* (affections que l'on ne s'étonnera pas de trouver avec un degré extrême de fréquence dans une glande *vasculaire sanguine*) présentent un grand intérêt à être envisagés à part, et, en quelque sorte, abstraction faite des états morbides généraux dont ces altérations ne sont souvent qu'une dépendance ; un grand nombre de faits importants avaient déjà été antérieurement constatés, mais c'est surtout aux travaux de l'école histologique contemporaine que sont dus les plus grands progrès réalisés dans cette classe très-importante de splénopathies. Il n'était pas inutile d'entrer, sur ce sujet, dans quelques développements, et d'exposer méthodiquement une question encore très-mal vulgarisée (*voy.* chap. X, p. 499).

X. Il existe toute une série d'états morbides, qui sont accompagnés de *tuméfaction aiguë* de la rate avec une fréquence ou même une constance telles que l'on pourrait presque, à ce point de vue, les réunir en une grande classe : ce sont les affections *miasmatiques*, *infectieuses*, *virulentes*, les *pyrexies* de tout ordre et un assez grand nombre de *dyscrasies*. Dans ces diverses maladies, la splénopathie joue un rôle plus ou moins important soit dans l'évolution, soit dans les complications ou les modes de terminaison, rôle généralement ignoré, mal connu, négligé ou mal interprété; et il y a le plus grand intérêt, soit au point de vue de la clinique, soit au point de vue de la physiologie pathologique, générale ou spéciale, à rapprocher les uns des autres, pour un moment, les divers éléments de cette question (*voy.* chap. XI, *Splénopathies des fièvres, des maladies infectieuses*, etc., p. 508).

XI. Malgré des travaux très-recommandables, la question des *ruptures de la rate*, question importante sous le rapport clinique et sous le rapport médico-légal, est très-généralement mal connue à tous les points de vue. Ces ruptures sont moins rares qu'on ne l'a enseigné ; spontanées ou traumatiques, elles présentent ce caractère commun d'être, exclusivement pour les premières, à peu près exclusivement pour les secondes, observées sur des rates *préalablement altérées* ; et cette préexistence, à la déchirure, d'une altération pathologique, *domine* leur histoire commune. Nous avons tracé leur description d'après l'étude d'une soixantaine d'observations dont nous avons donné, en outre, le résumé disposé en *tableaux synoptiques*, qui permettront au lecteur d'examiner la question sous toutes ses faces (*voy.* chap. XII, *Des ruptures de la rate*, p. 516).

XII. La rate, alors surtout qu'elle est augmentée de volume, subit divers *déplacements* qui dépendent soit de son propre poids, soit de la laxité accrue de ses ligaments, soit de ce qu'elle est refoulée par le développement des organes ou des tumeurs de rapport, par des collections liquides de la plèvre ou du péritoine. De plus, indépendamment de ces changements de situation,

la rate peut subir une véritable *migration* ou luxation, abandonner la fosse splénique, et, se portant dans les points les plus éloignés de l'abdomen, y rester mobile ou contracter des adhérences anomales, et devenir la cause d'accidents divers et d'erreurs de diagnostic singulières (*voy.* chap. XIII, *De la rate mobile*, p. 526).

XIII. Les *kystes séreux*, que l'on ne rencontre peut-être jamais dans le foie, semblent bien positivement avoir été observés dans la rate : nous en rapporterons quelques exemples très-exceptionnels et inégalement démonstratifs ; mais il n'est pas très-rare d'y trouver des *kystes hydatiques* et même des kystes développés primitivement, et exclusivement, dans la rate ou dans ses dépendances. Les nombreuses erreurs de diagnostic auxquelles ces kystes ont donné lieu témoignent de l'imperfection générale des notions cliniques que l'on possède sur ce sujet ; il était donc nécessaire d'examiner la question avec quelques détails et de mettre les faits eux-mêmes sous les yeux du lecteur ; c'est ce que nous avons fait dans le chapitre XIV (kystes spléniques et périspléniques, p. 539), auquel nous avons ajouté le résumé de vingt-neuf observations disposées en tableaux synoptiques.

XIV. On peut trouver, dans l'atmosphère périsplénique de la rate, des productions très-curieuses et très-rares, mais dont il n'importe pas moins de connaître la possibilité, au point de vue anatomo-pathologique et même au point de vue clinique, pour montrer l'extrême variété que peuvent présenter les altérations de la rate, et qui correspondent aux lésions désignées sous le nom de *mixomes* et de *lipomes*; nous avons rapporté un exemple de chacune d'elles (*voy.* chap. XV, *Mixomes* et *lipomes*, p. 546).

XV. Sous les dénominations de *lymphadénomes spléniques*, *splénolymphomes* et *splénadénomes*, nous avons rangé des *tumeurs de la rate* formées par l'hyperplasie *partielle* des éléments glandulaires de l'organe, uniforme dans la partie malade, ou prédominante dans quelques-uns de ses éléments, comme les corpuscules de Malpighi; ces lésions, analogues à celles que l'on rencontre dans les ganglions lymphatiques, peuvent exister en même temps que celles-ci ou en dehors d'elles, avec ou sans leucémie, et se rattachent à l'histoire générale de la lymphadénie. La plupart de ces altérations, qui ont d'ailleurs besoin d'une étude et d'une classification nouvelles, étaient généralement considérées, autrefois, comme se rattachant au tubercule ou au cancer (*voy.* chap. XVI, *Lymphadénomes* ou *splénolymphomes*, *splénadénomes*, p. 546).

XVI. A l'inverse du foie, la rate est, bien positivement, très-peu apte à l'altération *cancéreuse* primitive ou secondaire, alors même que la dégénérescence existe dans le tube digestif ou dans ses annexes ; la raison de ce fait, à l'occasion duquel il pourrait être émis quelques considérations théoriques, échappe, en réalité, complétement, mais elle constitue une donnée digne d'intérêt soit au point de vue de l'anatomie pathologique générale de

la rate, soit sous le rapport de la physiologie générale du cancer. Au point de vue pratique, la rareté de ce genre morbide dans la rate ne doit pas être oubliée dans le diagnostic général des tumeurs de l'hypochondre gauche (*voy.* chap. XVII, *Cancer de la rate* et *Tableaux synoptiques*, p. 553).

XVII. Les *tubercules* qui, en dehors de l'enfance, sont si exceptionnels dans le foie sont, au contraire, fréquents dans la rate et dans ses dépendances, où ils affectent, le plus généralement, mais non exclusivement, la forme miliaire ; ils s'y développent avec un caractère irritatif très-prononcé du processus morbide, le plus ordinairement comme complication d'une tuberculose généralisée, ou comme résultat de la généralisation secondaire du tubercule, d'abord localisé à un autre organe ou à un autre appareil (*voy.* chap. XVIII, *Tubercules de la rate*, p. 558).

XVIII. Les *lésions syphilitiques* de la rate sont fréquentes dans toutes les formes et à toutes les époques de l'évolution de la maladie ; elles constituent une des manifestations les moins obscures de la *syphilis viscérale précoce*, que nous considérons comme propre à tous les cas d'infection syphilitique, mais dont les localisations organiques, superficielles et éphémères, sont le plus ordinairement *latentes* et échappent à nos moyens actuels d'investigation; elles appartiennent encore aux altérations profondes de la syphilis viscérale aiguë maligne, de la syphilis héréditaire et de la syphilis commune. (*Voy.* chap. XIX, *Syphilis de la rate*, p. 561).

1874.— *Sur deux applications nouvelles du bromure de potassium.*

(*Bulletin général de thérapeutique*, t. LXXXVII, p. 224.)

Note destinée surtout à faire connaître l'*action caustique* énergique du bromure de potassium appliqué en poudre à la surface des plaies de mauvaise nature, à préciser le mode de cautérisation produit, et les indications de son emploi.

1875. — *De l'emploi des tissus imperméables,*
et notamment de la toile de caoutchouc, dans le traitement des affections de la peau.

(*Bull. gén. de thérap.*, t. LXXXVIII, p. 49.)

Ce travail est destiné à exposer méthodiquement et à *vulgariser* une méthode importante de traitement d'un grand nombre d'affections de la peau, due à M. le docteur Colson (de Beauvais), mise en pratique et préconisée par

M. le professeur Hardy. Une expérimentation méthodique et prolongée, faite sur un nombre considérable de malades, nous a permis de préciser nettement les indications de ce mode de traitement, et nous ne cessons, depuis plusieurs années, d'en démontrer publiquement les avantages.

L'enveloppement imperméable, qui constitue souvent à lui seul un moyen de traitement, apporte une simplification et une économie considérables dans la thérapeutique d'un grand nombre de dermatoses soignées à l'hôpital; il facilite en outre, au plus haut point, l'exécution du *traitement à domicile*, pour une catégorie nombreuse de dermopathes appartenant aux *classes peu fortunées* de la société, et qui ne peuvent absolument pas avoir, chaque jour, à leur disposition tout ce qui est nécessaire pour faire et pour appliquer des cataplasmes dans de bonnes conditions, c'est-à-dire du linge, du feu, de la fécule de bonne qualité, etc., etc. Nous voyons incessamment, à nos consultations externes, des dermites aiguës de toute nature, de cause externe, pathogénétiques, herpétiques, arthritiques, des dermites lymphatiques exsudatives de l'enfance, affection spéciale (que l'on a absolument tort de ranger, sans distinction, parmi les scrofulides), en aussi mauvais état que celles qui ont été exaspérées par les topiques irritants les plus intempestifs, et qui n'ont été, en réalité, irritées que par des cataplasmes exécutés et appliqués dans des conditions déplorables. Tout le monde sait que l'emploi des cataplasmes les mieux préparés amène parfois, chez les sujets prédisposés aux efflorescences cutanées, des éruptions secondaires, et l'on comprendra aisément ce qu'il doit résulter de l'application prolongée de cataplasmes mal préparés, ou composés de farines altérées, subissant, en quelques heures, la fermentation acide, et disposés dans des linges grossiers ou sordides. D'autre part, dans ces grandes dermatoses généralisées ou très-étendues, qui occupent la totalité du corps ou de larges surfaces du tégument, l'emploi des cataplasmes est à peu près impraticable, le bain ne peut pas être répété, ou prolongé, au delà de certaines limites, sans affaiblir considérablement le patient, et l'emmaillottement par la toile imperméable rend alors les services les plus importants; dans les cas, enfin, où une circonstance quelconque ne permet pas de baigner le malade, il est toujours possible de suppléer à cette lacune par l'emmaillottement, qui produit très-rapidement des résultats absolument semblables à ceux que l'on obtiendrait avec les bains prolongés, et il n'est pas nécessaire d'insister pour faire comprendre toute l'importance de cette ressource thérapeutique particulière.

1875. — *Note sur un cas de mort subite par syncope survenue pendant l'opération de la thoracentèse, et remarques sur la pleurésie gangréneuse primitive.*

(*Mémoires de la Société médicale des hôpitaux*, 2e série, t. XII, p. 24.)

Cette communication, dans laquelle je rapporte l'observation d'un cas malheureux, est devenue l'occasion et le point de départ de nombreux et importants travaux sur la mort subite dans la pleurésie, sur la pleurésie gangréneuse et sur la thoracentèse.

1875. — *Du rhumatisme cérébral, de l'hyperthermie rhumatismale, et de leur traitement par la méthode réfrigérante.*

(*Bulletins de la Société médicale des hôpitaux*, t. XII, p. 305.)

1876. — *Article* **Rhumatisme**.

(*Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, 3e série, t. IV, p. 446-819.)

Reproduction de la partie thérapeutique dans le *Journal de thérapeutique* (nos de novembre 1876), et dans les *Annales de dermatologie* (1876 et 1877), des chapitres relatifs au rhumatisme secondaire, au rhumatisme blennorrhagique, et au rhumatisme tégumentaire.

I

Dans ce travail, dont l'étendue est considérable, je ne me suis pas borné à décrire le rhumatisme des articulations, mais j'ai cherché à exposer la série complète de toutes les manifestations que la maladie rhumatismale peut réaliser dans les systèmes, appareils et organes de l'économie entière. J'ai fait en sorte de ne rien omettre de ce qui pouvait représenter fidèlement l'état actuel de la science sur la matière ; mais j'ai dû, à l'aide de recherches multipliées, combler de nombreuses lacunes, rétablir bien des points mal connus ou vicieusement interprétés, et faire souvent œuvre personnelle.

Dans une première partie consacrée aux généralités, j'ai précisé par une définition détaillée la conception de la maladie rhumatismale et indiqué dès l'abord, pour éviter toute équivoque, la nature et l'étendue des rapports à

intervenir entre elle et la goutte, rapports qui ont été poursuivis pas à pas dans le cours de l'exposé ultérieur.

Le rhumatisme, entité morbide spéciale, comprend dans ses limites étendues, et mal circonscrites en certains points, des déterminations organiques nombreuses et variées, qui ont pour siége essentiel, primaire, ou primitif, le tissu lamineux et l'appareil locomoteur, mais qui peuvent apparaître ou se propager dans tous les organes ou appareils ; naissant parfois sous la seule action de causes extérieures, au premier rang desquelles se place l'influence du refroidissement et de l'humidité, il affecte surtout les individus héréditairement ou constitutionnellement prédisposés, n'a pas de dyscrasie permanente définitivement classée, ni de produit anatomique spécifique, mais présente au milieu de la variété de ses phénomènes anatomo-pathologiques ou symptomatiques des caractères propres, des allures spéciales, des analogies manifestes, des coïncidences ou des alternances particulières, qui permettent le plus ordinairement à l'analyse clinique de rapporter les faits observés à leur véritable nature. Distinct de la goutte dont il ne partage ni les caractères hématologiques permanents, ni les conditions étiologiques spéciales, et dont il n'a pas le produit caractéristique ; il est facile à différencier de celle-ci dans le plus grand nombre de ses manifestations, mais présente avec elle, dans quelques-unes de ses formes articulaires ou abarticulaires, des connexions indéniables, et offre en outre avec elle encore, sous le rapport des transmissions héréditaires et des associations morbides, des rapports si positifs, qu'il est impossible de les séparer radicalement.

En réalité, le rhumatisme et la goutte constituent des individualités morbides, connexes mais distinctes, que l'on ne peut séparer complètement, et qu'il est légitime de placer à côté l'une de l'autre dans un même groupe nosologique.

II

En un sujet aussi vaste et aussi varié, il était essentiel d'instituer un ordre régulier et une division précise, non-seulement pour assurer la clarté méthodique de l'exposition, mais encore pour indiquer d'une manière nette et concise, les contours les plus larges de la question ; nous avons essayé de satisfaire à cette nécessité en groupant, selon l'ordre naturel, les nombreux éléments à déterminer dans les quatre catégories suivantes dont voici l'énoncé.

La première partie est consacrée au **Rhumatisme des articulations**, qui comprend : 1° le rhumatisme aigu des articulations, **Rhumatisme articulaire aigu.** — 2° une forme intermédiaire qui n'est ni le rhumatisme articulaire aigu léger, ni le rhumatisme prolongé ; **Rhumatisme articulaire subaigu.** —

3° un groupe assez complexe d'affections des articulations et des extrémités articulaires que l'on tend à réunir, dans notre pays, sous la dénomination de **Rhumatisme chronique,** et dans lequel nous avons établi trois catégories naturelles : 1° rhumatisme chronique simple ; 2° rhumatisme chronique fibreux ; 3° rhumatisme chronique osseux.

Dans la seconde partie nous avons rangé les manifestations du rhumatisme développées en dehors des articulations : **Rhumatisme abarticulaire** subdivisé, A en **Rhumatisme abarticulaire externe,** comprenant les manifestations primitives ou essentielles du rhumatisme dans les organes et appareils externes : enveloppe cutanée ; appareils circulatoires externes ; organes des sens ; système musculaire et cordons nerveux ; — B et en **Rhumatisme abarticulaire interne** ou **viscéral,** réunissant les manifestations observées dans le cerveau, la moelle épinière, l'appareil circulatoire interne, les voies digestives et leurs annexes, l'appareil utérin, l'appareil respiratoire.

Dans la troisième section nous avons traité du **Rhumatisme vague,** ou indéterminé, lequel peut représenter la série atténuée de presque toutes les formes de rhumatisme ; se séparant par des limites souvent indécises de la goutte vague et de différentes névroses, mais ayant une existence incontestable, et dont nous espérons avoir définitivement marqué la place.

La quatrième partie réunit les **Affections rhumatismales secondaires,** latentes, douteuses, affections et arthropathies *rhumatoïdes* auxquelles l'usage a attribué une dénomination spécifique : rhumatisme blennorrhagique, puerpéral, menstruel, scarlatin, syphilitique, dysentérique, etc., etc.

III

Je ne puis former le projet de donner en quelques pages une analyse, même très-incomplète, d'un ouvrage très-condensé, fruit de plusieurs années de travail ; je suis obligé de me borner à attirer l'attention bienveillante sur quelques-uns des points qui me paraissent la mériter particulièrement.

1° **Rhumatisme articulaire aigu.** — Lorsqu'on recherche dans les auteurs quelque donnée précise sur les plus importantes questions de la genèse et de l'étiologie de cette affection, on reconnaît rapidement que la plupart des propositions qui constituent le fonds commun des connaissances médicales sur ce sujet reposent sur des impressions personnelles, ou sur une tradition souvent erronée. Nous avons dû, soit à l'aide de nos propres documents, soit à l'aide des observations enregistrées dans les diverses contrées, faire une révision générale critique de cette partie du sujet, et remplacer les assertions courantes par des conclusions basées sur des recherches numériques multipliées, dont nous avons fourni, dans des tableaux statistiques nombreux, les éléments authentiques. Nous avons pu, particulièrement,

préciser ainsi la *fréquence* absolue ou relative, l'action du *climat*, l'influence des *saisons*, le rôle des *constitutions médicales*, l'influence de l'*âge*, du *sexe*, de l'*hérédité*, etc.

IV

L'étude des *conditions étiologiques*, déterminantes, occasionnelles, adjuvantes, a été faite à nouveau ; nous avons signalé notamment l'influence du *traumatisme* et du *surmenage*.

L'*anatomie et la physiologie pathologiques* de la maladie ont été traitées avec de grands développements ; les *altérations humorales* précisées jusqu'aux limites avancées des travaux et des procédés d'expérimentation les plus récents : *numération des globules*, *altérations des hématies*, etc. Les altérations des sécrétions, et notamment de la sécrétion et de la perspiration cutanées ont été exposées avec les détails nécessaires pour établir l'interprétation réelle qu'il faut attacher à la *sudation pathologique* en général, et à la sudation des sujets atteints de rhumatisme articulaire aigu en particulier. Cette sudation est un *phénomène morbide*, et *non* une excrétion critique indiquant la présence en excès dans le sang d'un *principe nuisible* qui trouverait, par cette voie, un émonctoire providentiel ; cette dernière supposition est absolument contraire à la réalité. Si la sueur du rhumatisant peut servir, parfois, à abaisser la température cutanée, c'est le seul rôle bienfaisant qui puisse lui être attribué, et elle est aussi inutile à d'autres points de vue que la sueur des phthisiques ou des cholériques ; elle est en fait une colliquation, et rien autre.

V

Les *caractères cliniques* généraux du rhumatisme articulaire aigu, l'évolution de la maladie, ses formes multipliées, etc., ont été étudiés et décrits conformément aux principes de la *méthode d'observation*, d'après un grand nombre de faits accumulés par nous. En exposant la marche générale de la maladie, nous avons précisé avec grand soin la question des *récidives* et des *rechutes ;* exposé ce que l'on doit entendre par l'expression de « *durée* » de la maladie, source sans cesse renouvelée d'illusions thérapeutiques.

VI

Les *localisations* et *les complications du rhumatisme articulaire aigu déterminées dans les organes et appareils*, occupent une grande partie de l'espace consacré au rhumatisme articulaire aigu ; nous en avons poursuivi l'exposé dans l'*appareil circulatoire*, le *système nerveux cérébro-spinal*, l'*appareil respiratoire*, *les voies digestives*, la *peau* et *les organes des sens*.

Les chapitres consacrés au *rhumatisme cardiaque*, au *rhumatisme cérébral*, au *rhumatisme tégumentaire*, constituent particulièrement des monographies très-étendues dans lesquelles nous croyons avoir étudié plus complétement et plus personnellement que nos devanciers les nombreuses et importantes questions que comporte la matière.

VII

Les progrès indéniables réalisés dans la thérapeutique générale, la multiplicité des médications nouvelles proposées dans le rhumatisme articulaire aigu, nous imposaient le devoir d'apporter à cette partie de notre travail la plus extrême attention. Quelque réserve que puisse imposer l'histoire du passé thérapeutique de cette affection, nous avons dû reconnaître hautement l'importance de ces médications nouvelles ; et, bien que deux années soient déjà écoulées depuis le moment où nous avons écrit, bien qu'un grand mouvement se soit opéré dans la thérapeutique du rhumatisme articulaire, nous n'avons aujourd'hui rien à ajouter, rien à retrancher aux lignes suivantes que nous avons placées au commencement du chapitre consacré au traitement :

« La fréquence et l'ubiquité du rhumatisme articulaire aigu, la violence et la longue durée des douleurs qu'il détermine, la gravité des lésions viscérales qui l'accompagnent ou le suivent dans un grand nombre de cas, sont autant de circonstances qui devaient attirer particulièrement la sollicitude d'un grand nombre de médecins, et provoquer les tentatives thérapeutiques les plus multipliées. A l'heure présente, ces louables efforts des praticiens de tous les pays sont plus ardents que jamais ; le grand mouvement scientifique de notre époque médicale produit, avec une prodigieuse fécondité, des médicaments nouveaux et des médications nouvelles. Assurément on pourrait désirer, dans un grand nombre de ces recherches ou de ces expériences, dont la presse médicale vulgarise à l'instant les résultats premiers, un peu plus de méthode et un peu moins de rapidité, mais ce serait, croyons-nous, ne pas savoir comprendre le génie du temps actuel que de faire obstacle à une agitation parfois excessive, mais en définitive généreuse et pleine de promesses pour l'avenir ; ce serait chose injuste que de ne pas reconnaître les progrès accomplis. »

VIII

2° *Rhumatisme articulaire subaigu.* — Nous avons décrit dans ce chapitre une *forme spéciale* de rhumatisme articulaire qui n'est ni le rhumatisme léger, abortif, ni le rhumatisme aigu bénin, prolongé ou atténué, mais qui em-

prunte ses caractères propres, tantôt au *terrain* sur lequel il évolue, tantôt à *la nature de l'agent provocateur*, lequel réside dans un état pathologique préexistant. C'est dans la série des *rhumatismes* secondaires que se rencontre le rhumatisme subaigu.

IX

3° *Rhumatisme articulaire chronique.* — Cette partie de l'étude du rhumatisme étant une des moins familières à la généralité des médecins, non pas seulement parce que ses éléments sont en grande partie contemporains, mais aussi parce qu'il n'en a pas été donné de description d'ensemble assez méthodique, et suffisamment développée, qui mette à un niveau égal et *au point précis* les diverses parties du sujet. Nous avons repris cette question par la base, utilisé les magnifiques travaux de l'École anglaise et de l'École française; tracé méthodiquement et complétement, dans un ordre naturel, l'exposé de tous les points du sujet, et nous avons l'espoir d'avoir comblé une lacune importante de l'histoire classique et pratique du rhumatisme.

X

2° *Partie. Rhumatisme abarticulaire.* — Tandis que quelques médecins méconnaissent, de parti pris ou inconsciemment, les relations multipliées qui unissent la plupart des *affections morbides* à des *maladies constitutionnelles*, il en est d'autres qui les étendent outre mesure, et les interprétent abusivement : celui-là ne veut pas voir le rhumatisme là où il apparaît incontestable; celui-ci prodigue la qualification rhumatismale hors de propos.

Libre de toute attache doctrinale, cherchant seulement à établir quelle est la somme de vérité à laquelle on peut arriver dans l'état actuel de la science sur ces matières ambiguës, nous avons essayé simplement de mettre un peu d'ordre dans ce chaos et de dresser un aperçu des affections qui peuvent être rapportées au rhumatisme dans la série méthodiquement passée en revue des organes et des appareils. Observant depuis plusieurs années les maladies constitutionnelles sur le vaste théâtre de l'hôpital Saint-Louis, nous n'avons pas manqué de formuler explicitement le résultat de nos remarques sur la grande question des *dermatoses constitutionnelles.*

XI

3° *Partie. Du rhumatisme vague.* — Nous avons abordé, dans cette partie de notre travail, une étude extrêmement ardue et remplie d'écueils, mais nous l'avons accomplie avec la conviction de faire une chose vraie et utile à la pratique.

La page suivante, la première du chapitre consacré au rhumatisme vague, peut donner un aperçu de la manière dont nous avons compris la question.

Lorsque l'on a passé en revue la longue série des manifestations morbides que la maladie rhumatismale peut déterminer dans les divers systèmes, organes, tissus et éléments; que l'on a disposé méthodiquement dans le cadre nosologique les genres, espèces, variétés de lésions et de symptômes groupés aussi naturellement, et individualisés aussi exactement que possible, on n'a pas encore épuisé l'inépuisable matière du rhumatisme. A côté des rhumatisants articulaires et abarticulaires chez qui il a été possible de spécifier une localisation particulière, ou au moins essentielle et absolument prédominante, aiguë ou chronique, il reste encore à classer une série nombreuse de patients dont l'état, souvent vague et indéterminé, embarrasse parfois l'observateur le plus expérimenté et le plus sagace. Cet état morbide qui, affectant l'économie entière et ne produisant que des manifestations souvent frustes et indécises de contour, paraît affecter primitivement et particulièrement le système nerveux envisagé dans sa conception la plus étendue, constitue une véritable névrose, ou mieux une névropathie généralisée, laquelle se développe sous l'influence d'une série, très-vague encore elle-même, de maladies constitutionnelles.

Aucune spécificité absolue ne distingue (à nos yeux encore très-peu ouverts à ces questions difficiles) la plupart des manifestations morbides qui se dessinent en saillies plus ou moins obtuses sur le fond mal accusé de l'affection névropathique; toutes ont pour caractère de produire des douleurs, des troubles fonctionnels, qui ne semblent pas, à l'extérieur, être en rapport avec des lésions appréciables, ou au moins en rapport de proportion avec celles-ci; toutes affectent des caractères d'individualité très-accentués, sont tenaces, résistent aux divers moyens de traitement, demeurent irrégulières dans leurs phases diverses, semblent attachées à la substance même des malades, faisant partie d'une chaîne morbide dont le premier anneau s'attache souvent, le plus souvent, aux ascendants, d'autres fois à quelque affection accidentellement survenue.

Toutes les maladies constitutionnelles sans exception, qu'elles soient héréditaires ou acquises, se réunissent à leurs extrémités, dans leurs éléments les plus indéterminés, sur ce véritable champ commun pour produire ces formes vagues, réalisations pathologiques entrevues plutôt que vues, tout à fait incomprises du plus grand nombre, et que l'étude approfondie des maladies générales éclaire d'une demi-teinte, encore bien indécise, pour ceux-là seuls que ne rebute pas une tâche aussi ardue. Sans cesse les nosologistes et les nosographes essayent de soustraire à cette domination et à cette obscurité les éléments morbides pour les grouper en séries indépendantes et clairement définies; sans cesse les médecins praticiens désagrègent ces groupes artificiels, pour rapporter chaque élément détaché à une des mala-

dies générales dont l'observation des patients leur montre sans cesse la réalité, et dont ils cherchent toujours la caractéristique, dans l'espoir légitime d'y rencontrer quelque certitude dans le pronostic, quelque règle consciencieuse pour le traitement. Le rhumatisme, la goutte, la scrofule, l'herpétis, c'est-à-dire les quatre maladies cardinales sous lesquelles on est *provisoirement* forcé de ranger la série presque complète des affections constitutionnelles, se rencontrent sur ce terrain commun, et s'y *associent* parfois (nous ns disons pas s'y *combinent*) chez le même sujet, aucune ne s'excluant absolument; plusieurs, sinon toutes, ayant au contraire, à l'origine et à la terminaison, des affinités incontestables.

XII

4° *Partie. Rhumatisme secondaire.* — Nous nous sommes attaché, dans cette partie de notre travail, à montrer la légitimité de cette catégorie d'affections rhumatismales que quelques auteurs ont, à tort, cherché à *déclasser*. C'est avec la plus entière raison que d'autres nosologistes adoptent le terme de *rhumatisme secondaire* comme dénomination générale à affecter à l'ensemble des manifestations rhumatismales, ou à forme rhumatismale, que les études modernes montrent en relation avec une *série* d'états pathologiques divers. Dès que l'on a *ajouté*, au terme de rhumatisme, une qualification (blennorrhagique par exemple), qui indique à la fois sa qualité secondaire, et l'*affection particulière* à laquelle il emprunte son existence et son cachet individuel, on a, en nosolgie rationnelle, satisfait à toutes les exigences vraiment réalisables aujourd'hui de la science, sans rien soustraire aux vérités les plus utiles de la pratique médicale. C'est ce que nous espérons avoir établi surabondamment en prenant pour type de notre argumentation le *rhumatisme blennorrhagique*, dont nous avons fait une étude critique approfondie.